

10.5  
57  
93  
FEB 5 1936

# ANNAES PAULISTAS DE MEDICINA E CIRURGIA

DIRECTOR: *Dr. EURICO BRANCO RIBEIRO*

Caixa Postal, 1574 — S. PAULO (Brasil)

Assinaturas: Por 1 anno . . . . . 30\$000. Por 2 annos . . . . . 50\$000.

vol. XXX

Dezembro de 1935

N. 6



A D U L T O S : U M A C O L H E R A D A A N T E S D A S R E F E I Ç Õ E S .

C R E Ã N C A S D E M A I S D E 5 A N N O S : U M A C O L H E R A D A  
D E S O B R E M E S A A N T E S D A S R E F E I Ç Õ E S .

---

## REMÉDIA

Paulino Ambrogi & Cia. Ltda.

*têm a satisfação de apresentar ao apreciamento dos Srs. Medicos, o parecer do Dr. José Alcantara Madeira, sobre o valor therapeutico do preparado*

# LEUKOTROPIN

*por elle empregado para seu proprio tratamento*

Casado, com 34 annos, pae de tres filhos saos, tendo na primeira infancia : coqueluche, sarampo, parotidite infecciosa. Não tendo contrahido infecção luética e não tendo em seus antecedentes hereditarios nem um caso de alcoholismo, lues ou tuberculose.

Nunca apresentou symptomas de syphilis ou tuberculose, impaludismo ou de outra molestia. A molestia actual começou ha cinco annos, meio abruptamente apòs um banho de mar na praia de Gonzaga por dor fortissima na região lombar direita, dor esta que com o decorrer dos dias se generalizou para a perna e apresentando os seus pontos mais dolorosos na sahida do sciatico direito, do joelho, na região inguinal e mais tarde presente a dor testicular.

Feito intenso tratamento de salicylato (Athofanyl), Anti-schialgico Tanturri, etc.; iodico (iodureto de sodio, Naiodine, Iodinjectedol James, Citosina, etc.), injeções intradermicas de veneno de abelhas (Apicosan), etc. desapareceu temporariamente. Depois desta época apresenta-se com relativa frequencia e de preferencia por occasião do frio e grande humidade, com algia excessiva de esforço muscular ou exercicio physico cedendo apòs intenso tratamento, ora iodado, ora salicilado, ora sulfurado (Sulfurion, Sulfur Fiam, etc.), ora com diatermia, ora com applicação de infra-vermelho.

Ao exame a massa muscular sempre se conservou normal, não apresentando o menor signal de amyotrophia; aos exames electricos os musculos apresentam-se integros e os nervos respondem normalmente á excitação eletrica com ligeira excitabilidade em relação ao sciatico direito, o que prova que a difficultade e mesmo impossibilidade de andar, que por occasião dos surtos agudos se manifestou, era de causa puramente attribuida ao phänomeno dor.

O signal de Lasegne, isto é, a dor provocada pela flexão sobre a bacia de todo o membro inferior em extensão, estando deitado, era cada vez mais accentuada, o mesmo acontecia quando se provocava a adducao forçada da coxa fletida sobre a bacia, na região retro-trocanteriana (Signal de Bormet). Desanimado pelas crises successivas e pelo resultado negativo de repetidas RW e Kahn e de apresentar os reflexos todos normaes e assim mesmo seguido de tratamento intenso e regular pelo bismutho e mercurio, bem como pelo tratamento vaccinante apòs anti-gonococcico, na possibilidade de consequencia de antiga infecção gonococcica (tratada ha 15 ou mais annos).

*"Iniciei tratamento pelas injeções endovenosas de LEUKOTROPIN, fazendo a dose diaria de 10 cc.; na segunda injeção desaparecia a dor produzida pela ultima crise dolorosa e no fim de 10 ampolas como por encanto a neuralgia desaparecia para alt o momento (mais ou menos 1 anno) não mais voltar, apesar de atravessar estações invernaes humidas e de me entregar a exercícios pouco violentos como natação, banhos de mar demorados, equitação, etc."*

São Paulo, 27 de Agosto de 1935.

(a) DR. J. ALCANTARA MADEIRA.

1.º assistente e chefe de clinica da Clinica de Pelle e Syphilis da Faculdade de Medicina de S. Paulo. — Chefe de Clinica Dermatologica da Polyclinica. — Dermatologista chefe do Asyle Santa Theresinha. — Medico do Serviço da Lepra do Estado.

---

08  
ra  
do  
  
les  
do  
  
tra  
ho  
que  
tos  
rde  
  
c. ;  
re-  
vois  
do  
nico  
on,  
  
o o  
te-  
ade  
ibili-  
ra-  
  
o o  
emo  
na  
pelo  
naes  
pem  
ancia  
  
does  
erree  
all  
ver-  
mor  
  
philis  
inica  
Asylo  
tado.



# Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia

DIRECTOR: DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

Caixa Postal, 1574. S. Paulo (Brasil)

Assinatura Por 1 anno . . . . . 50\$000. Por 8 annos . . . . . 50\$000

Vol. XXX

Dezembro de 1935

N. 6

## Bacteriofagoterapia na peste

(Estado atual da questão)

**Dndo. Fernando Alayon**

Assistente de Instituto Pinheiros de S. Paulo, Brasil

A consulta bibliografica destes 10 ultimos anos nos mostra que ainda são bastante incertos os resultados obtidos pelos diferentes autores com a pestifagoterapia. Muito interessantes, e parece que mais seguros, são os resultados de ordem profilatica conseguidos nestes ultimos tempos. Trata-se da imunisacão de ratos por lisados de culturas virulentas de B. de Yersin, sendo a lise provocada por um bacteriofago especifico.

Os seguintes autores — Fonquerne, Girard, Guilliny e Naidu & Avari publicaram observações que tiveram oportunidade de fazer, em diversas epidemias, quanto ao tratamento da peste pelo bacteriofago e concluiram que o mesmo não era eficiente, chegando um deles a afirmar que da utilisação de uma mistura de bacteriofago e soro anti-pestoso resultava um menor numero de curas que do emprego do soro apenas. Fonquerne administrou, em 5 casos, bacteriofago pelas seguintes vias: intra-pulmonar, subcutanea, intramuscular e oral, e não obteve resultado algum. Naidu e Avari, empregando um poderoso pestifago isolado de rato, não conseguiram impedir a morte de homens atacados de peste ou de animais experimentalmente infectados. Guilliny, durante uma epidemia de peste pulmonar na Emryna, tratou nove casos de peste pelo bacteriofago, e todos estes pacientes morreram. Nesta experienca o autor se utilizou de pestifagos oriundos de duas fontes — Instituto Pasteur e d'Herelle — e os administrou seja por via endovenosa, seja por

via intrapulmonar. Girard, em Antananarivo, com bacteriofago da mesma origem que o de d'Herelle, preparado por Elliava, obteve duas curas em tres casos. Mais tarde, o mesmo autor teve a oportunidade de experimentar novamente o mesmo tratamento em 9 casos de peste pneumonica. Todos esses pacientes morreram, embora tratados nas melhores condições. O dr. Monnier, em Antesirabe, servindo-se do mesmo bacteriofago empregado por Girard, tratou alguns pacientes sem obter resultados. Foi então verificado que tanto o bacteriofago como o pestifago empregados por esses autores haviam perdido o poder litico in vitro.

Favoraveis á bacteriofagoterapia, encontramos Couvy, Popoff, Lambert e Dufour. Couvy numa serie de publicações refere os bons resultados obtidos com os pestifagos. Este autor, juntamente com Popoff, relata, num ensaio, o seguinte: por meio do bacteriofago, conseguiu 15 curas em 21 dos casos tratados por esse processo.

Em 1932, Couvy, Lambert e Dufour, num bem documentado trabalho, trouxeram grande contribuição a este estudo, fazendo ao mesmo tempo um "inise au point" da questão.

Na primeira parte de seu trabalho, analisam os resultados discordantes, segundo os experimentadores, dos ensaios de fagoterapia na peste. Num segundo capitulo, tratam do meio de preparo do bacteriofago, a ação que este exerce no estado geral, acidentes que ocorrem no curso do tratamento, etc., etc. Por fim relatam os resultados terapeuticos, apresentando a este respeito estatistica bastante apreciavel. Em 173 casos obtiveram 119 curas; subtraindo os casos que morreram logo que deram entrada no hospital, acreditam os autores que a mortalidade tenha caido a 26,5% nessa molestia, quando tratada pelo bacteriofago. Entre as conclusões releva notar esta de capital importancia. "A ação curativa de um pestifago apropriado é incontestável e rápida, mesmo na peste septicemica. A fagoterapia evita o desenvolvimento dos acidentes pulmonares a bacilos de Yersin, tão frequentes no periodo terminal da peste bubonica ou septicemica, e ela é capaz de curar os acidentes pulmonares devidos aos mesmos bacilos".

Pons acredita que a injeção de bacteriofago provoque uma lise generalizada no organismo, mas acentua que ela nos casos graves tem o inconveniente de precipitar a toxemia, talvez devida à grande libertação de toxinas que então se processa.

Flu não crê que experimentalmente o bacteriofago tenha alguma ação. Conta que, injetando na veia femural de um animal não susceptivel à peste, uma suspensão de bacilos virulentos e, ao mesmo tempo, introduzindo na veia femural da outra perna, bacteriofago, não conseguiu, após algum tempo, verificar sinal de lise nos bacilos encontrados no sangue circulante.

Em abono à sua opinião, cita, ainda, os seguintes fatos por ele observados: I) a injeção de bacteriofago não conseguiu proteger cobaias contra uma infecção experimental imediata; II) a administração de bacteriofago não deu resultados profiláticos ou terapêuticos em ratos já infetados ou a serem infetados.

Como dissemos anteriormente, são interessantes os resultados de imunização experimental. Flu conseguiu imunizar ratos brancos com lisado de *P. pestis* por um bacteriofago anti-pestoso. Injeções subcutâneas de 0,5, 1 e 1,5 cc. eram dadas em intervalos de 4 a 5 dias. Como resultado se verificou que 91,2 % dos ratos estavam imunizados contra 40 doses letais e 26,3 % contra 400 doses letais, não havendo reação local ou geral com esta vacina. Todos os animais de controle sucumbiram.

Compton chega a conclusões idênticas às de Flu, acrescentando ainda que "o tratamento da fagovacina pela formalina mata o fago, mas não destrói o seu poder imunizante".

Flu, num trabalho posterior, completa suas pesquisas e chega a conclusão de que a vacina é segura, estéril e não produz reações locais nos animais. Sua ação imunizante, diz ele, não pode ser atribuída ao conteúdo em bacteriofago, pois que este foi morto ou tornado inativo pelo fenol presente.

Endereço: Caixa Postal 951.

## BIBLIOGRAFIA

- 1) COMPTON, A. — *Immunization in experimental plague by subcutaneous inoculation with bacteriophage. Comparison of plain and formaldehyde-treated Phage-lysed vaccine.* Jl. Inf. Diseases 1930. Vol. 46 n.º 2 pg. 152-160.
- 2) COMPTON, A. — *Sensitization and immunization with bacteriophage in experimental plague.* Jl. Inf. Diseases. 1928. Vol. 43 n.º 5 pg. 448-457.
- 3) COUVY, L. — *Sur le bactériophage du B. Yersin.* C. R. Soc. Biol. Mai. vol. 109 n.º 15 pg. 1344-1346.
- 4) COUVY, L. — *Le bactériophage du B. Yersin; son comportement in vivo.* C. R. Soc. Biol. 1932 Mai 13 vol. 110 pg. 38-41.
- 5) COUVY, L. — *Note sur un principe éytique pour de B. de Yersin, isolé des selles de convalescents de peste.* Bull Soc. Path. Exot. 1930 Nov. vol. 123 n.º 9, pg. 943-950.
- 6) COUVY, L., LAMBERT, L. ET DUFOUR, V. — *"Le principe éytique transmissible, dit bactériophage du B. de Yersin".* Annales de L'Institut Pasteur T. XLVIII Mai, n.º 5 pg. 541.
- 7) COUVY, L. ET POPOFF. — *"Essais de traitement de peste par le bactériophage".* Bull. Soc. Path. Exot. 1930. June II vol. 23 n.º 6 pg. 618-629.
- 8) FLU, P. C. — *"Immunisation de rats blancs et de cobayes contre la peste au moyen d'un extrait aqueux de bacilles pestueux virulents".* C. R. Soc. Biol. 1929. Apr. 8 vol. 100 n.º 11 pg. 835-838.
- 9) FLU, P. C. — *"Der Antipestabakteriophag und die Prophylaxe und Therapie der experimentellen Pest".* Zet. f. Bakt. I Abt Orig. 1929. Aug. 21 vol. n.º 5-6.

- 10) FLU P. C. — "Immunization of rats against plague by mean of *B-ly-sates of concentrated suspension from virulent plague bacteria*" Jl. *Trop. Med. e Hyg.* 1929. Dec. Vol. 132 n.º 24 pg. 353-356.
- 11) FONQUERNIE, J. — "Essais de traitements de la peste par le bactériophage" Bull. Soc. Path. 1932. July 6 vol. 25 n.º 7, pg. 677-678.
- 12) NAIDU, B. P. B. e AVARI, C. R. — "Bacteriophage in the treatment of plague". Indian, Jl. Med. Res. 1932 Jan. vol. 9 n.º 3 pg. 737-748.
- 13) GIRARD, G. — "Considération sur le traitement de la peste par le bactériophage (à propos de mémoire de MM. Couvy et Popoff.). Bull. Soc. Path. Exot. 1930 Nov. 12 vol. 23, n.º 9 pg. 936-942.
- 14) GUILLINY C. P. — "La peste pulmonaire en Emryne. Essai de traitement par le bactériophage". Marseille-Méd. 1931. Nov. 25, vol. n.º 33, pg. 641-653.
- 15) PONS, R. — "Le bactériophage anti-pestueux in vivo" C. R. Soc. Biol. 1932. Mai. 27 vol. 110 n.º 18 pg. 184-186.

### Aspectos cirúrgicos da caseose dos nervos na lepra

Dr. Eurico Branco Ribeiro

PREÇO 6\$000

Pedidos ao autor: Caixa, 1574

S. Paulo

## LABORATORIO CRUZEIRO DO SUL

HYPODERMIA EM GERAL, ESPECIALIDADES PHARMACEUTICAS, SEÇÃO DE BACTERIOLOGIA: ANALYSES DE SANGUE, FEZES, ESCARROS, PÓS, URINAS, ETC., VACCINAS DE WRIGHT E AUTOREGENICAS.

BARROS & SANTOS LTDA.

RUA PAMPLONA, 183 —: TELEPHONE: 7-2938 —: CAIXA POSTAL, 2518  
S. PAULO

### PNEUMATOLON

Caixas de 4 e 6 empolias Typos: *Adulto e Infantil*

BASE: 4 com CHLORO-BROMO-DIAMINO-PHENYL-METHANO-SODICO a 0,75  
3 com SORO ANTITOXICO (Cultura polybacilar passada pelo cavalo)

Produto injectável altamente SCIENTIFICO e ESPECIFICO da cura da PNEUMONIA e BRONCHO-PNEUMONIA dos adultos e crianças. As pontadas cessam imediatamente com a PRIMEIRA injeção (intravenosa para os adultos). Os focos são totalmente illimidos com DUAS ou TRES injeções.

### PROTOPLASMASE

Caixas com 12 empolias 5 cc., inteiramente indolor, injectável em dias alternados.

F O R M U L A	Cacodilato de Sodio anhydrono chimicamente puro.....	0,40
	Ferro Coloidal .....	0,012
	Sulfato de Strychnina .....	0,001
	Solução isotonizante q. s. para .....	5 cc.

### I N D I C A Ç Õ E S :

Anemia. — Clorose. — Neurastenia. — Ergastenia. — Cachexias. — Convalescências. — Emagrecimento. — Fraquesa Pulmonar. — Anorexia. — Cardiastenia. — Tachycardia (fraquesa e disparo do coração). — Psychopathia Nervosa com ou sem desequilíbrio mental. — Estados morbidos pleurais. — Neoplasmas Malignos. — Debilidade Senil. — Paralisia Facial e outras. — Impaludismo Chronico. — Preventivo de aborto das senhoras fracas, e em todo e qualquer caso de Hematopoiese rápida. O seu efeito foi ainda largamente comprovado, pela ALTA POSOLOGIA ARSENICAL de sua base, no que cada 3 empolias corresponde a mais da Terceira dose de 914 — nos casos de Syphilis Terciaria. — Molestias da Pelle: Eczema, Lupus, Psoriasis, Aenes e Espinhas Malignas do Rosto.

## Mycoses do apparelho respiratorio

**Dr. Floriano de Almeida**

Assistente da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo.

### Considerações geraes

Um dos mais antigos e sempre dos mais modernos problemas medico-sociaes é a tuberculose, principalmente em sua forma pulmonar.

“Ao problema quotidiano, diz o prof. Giovanni Boeri, da Universidade de Napoles, de reconhecer a tuberculose, onde ella se esconde, junta-se hoje o esforço não menos util, de nega-la onde ella parece existir e onde é simulada por outras molestias (pseudotuberculoses”).

A séde apical, o evolver e tantos outros caracteristicos das pseudotuberculoses orientam frequentemente para tuberculose um certo numero de molestias, entre as quaes as mycoses são as mais frequentes. Normalmente, nas perturbações respiratorias, acompanhadas de expectoração, tem-se o habito de pesquisar, com fim diagnostico, sómente o bacillo ou acompanhando as modernas theorias, o fungo da tuberculose. Para melhor focalizar esta tão palpitante questão, aproveitemos alguns conceitos emittidos pelo prof. Boeri ao prefaciar seu livro “Mycoses do apparelho respiratorio” recentemente publicado em collaboração com o prof. Igino Jacono.

O resultado negativo de um exame de escarro não é motivo para acreditar que se tenha com segurança excluido a tuberculose, e com isto completado o diagnostico, e muito menos ainda, como levianamente se poderia pensar, esteja desse modo eliminado um prognostico desfavoravel.

Afastada a tuberculose, pela pesquisa negativa do *Mycobacterium tuberculosis* no escarro, resta-nos o dever de estabelecer qual a etiologia da molestia em questão, porque não devemos temer sómente a tuberculose, mas sim muitas pseudotuberculoses, frequentemente tão malignas quanto aquella. Pseudotuberculoses ha cujo conhecimento é indispensavel, porque tão inefficaz quanto

perigoso é trata-las como tuberculoses, porque bem identificadas etiologicamente, os melhores resultados serão obtidos com a medicação específica ou quasi específica. Em tales casos se encontram a syphilis e as proprias mycoses.

Em relação ás mycoses, é imprescindivel saber que o tratamento iodico é tão estreitamente benefico e mesmo curativo que pôde ser considerado como específico. Tão importante é esse facto a ponto de sugerir a Lieske a expressão seguinte: "que não diagnosticar a mycose pulmonar constitue hoje para o medico, não uma grave responsabilidade mas sim uma culpa". Não é preciso mais para avaliarmos quão importante se apresenta hoje em dia o problema das mycoses do apparelo respiratorio. Dizendo hoje em dia não queremos com isso significar sejam as mycoses molestias novas, ao contrario, pois foram os fungos os primeiros microorganismos encontrados em lesões do apparelo respiratorio animal e humano.

O estudo dos fungos, iniciado em fins do seculo XVII com as observações de Robert Hooke, soffreu varias interrupções, até que com o advento da bacteriologia, foi relegado para um plano secundario, cultivado apenas por um pequeno numero de apaixonados.

Nestes ultimos annos, porém, estudos diversos, feitos mediante novas technicas, vieram demonstrar serem elles agentes etiologicos de innumerias modalidades clinicas, principalmente no dominio da Dermatologia.

Embora já desde muito tenham sido elles encontrados frequentemente nas lesões pulmonares, só recentemente está sendo levado a serio o seu papel pathogenico. As publicações esparsas de casos esporadicos de mycoses do apparelo respiratorio, estão sendo actualmente substituidas por livros, largamente documentados sobre o importante papel representado pelos fungos na pathologia pulmonar.

Para bôa orientação do nosso estudo necessario se faz analysar rapidamente quaes os principaes fungos responsaveis pelas perturbações desse territorio do nosso organismo. Ao mesmo tempo, sobre elles dar algumas particularidades morphologicas.

Dividiremos então os fungos já conhecidos como productores de lesões do apparelo pulmonar, em dois grandes grupos: *Levedos* e *Fungos* filamentosos. Os levedos consoante sua reprodução, serão subdivididos em *levedos verdadeiros* e *falsos levedos*. Os primeiros porque têm um processo perfeito de reprodução, isto é, reproduzem-se por *ascos*, estão incluidos entre os Ascomycetos. Apresentam-se como cellulas esfericas, ovoides ou alongadas. Pertencem á familia *Saccharomycetaceae*, e como generos mais importantes temos: *Saccharomyces*, *Debaryomyces*, *Willia*. O genero *Endomyces* da familia *Endomycetaceae*

encerra segundo recentes verificações de Morris Moore o fungo productor da fórmia norte americana de blastomycose systemica. O genero *Endomyces* apresenta fórmias filamentosas em cultura e nos tecidos parasitados apenas fórmas de levedo fazendo sua reprodução por brotos, gemmulas. Ao lado desta familia, esse mesmo pesquisador, recentemente incluiu a nova familia *Coccidioidaceae* encerrando os generos *Coccidioides*, *Paracoccidioides*, *Rhinosporidium* e *Posadasia*. As especies deste ultimo genero constituem para Ciferri e Redaelli o genero *Histoplasma*.

Os falsos levedos são morphologicamente semelhantes, apenas não formam ascos. Por isto são grupados entre os fungos imperfeitos, onde se distribuem em uma grande super-familia, *Adelosaccharomycetaceae*, com 3 familias: *Histoplasmaceae*, *Nectaromycetaceae* e *Torulopsidaceae*. Esta ultima que mais nos interessa, por sua vez divide-se em *Torulopsidae* e *Mycotoruleae*. Ultimamente Ciferri e Redaelli criaram a nova sub-familia *Trichosporeae* abrangendo generos pertencentes ás outras duas. A classificação do quadro annexo encerra as ultimas modificações introduzidas nesses grupos da mycologia.

Estas duas sub-familias encerram a quasi totalidade das especies dos antigos generos *Cryptococcus* e *Monilia*, denominações estas que alguns autores pretendem retirar da nomenclatura mycologica por não terem significação botanica. Sua conservação só poderia ser justificada como generos medicos. Numerosos generos se agrupam em cada uma dellas. Como caracteristico diferencial mais importante para a sua distinção, temos a formação de filamentos mycelianos em meios especiae. A sub-familia *Mycotoruleae* encerra os generos que produzem filamentos mycelianos, ao passo que em *Torulopsidae* se encontram os generos que não os produzem. Entre os primeiros, um dos mais importantes é *Mycotorula* responsavel por grande numero de casos de sapinho e de fórmas de mycoses pulmonares. Do segundo grupo destaca-se o genero *Torulopsis*.

Passemos agora a considerar os fungos filamentosos. De um modo geral são conhecidos como bolôres, inoffensivos na apparencia, porém frequentemente causadores de lesões mortaes. Neste grupo podemos considerar em primeiro lugar os que possuem filamentos finos, subtils. Esta particularidade aliada a sua simplificada morphologia não permitiu ainda tivessem estes microorganismos sua posição systematica perfeitamente definida. Alguns autores os collocam entre as bacterias, outros entre os fungos. Queremos nos referir á familia *Actinomycetaceae* que ao lado do genero *Actinomyces*, com suas numerosas especies, encerra o genero *Mycobacterium* com suas duas importantes especies *M. tuberculosis* e *M. leprae*, respectivamente agentes etiolologicos da tuberculose e da lepra. Pelas modernas pesquisas de nume-

rosos autores esses microorganismos são considerados como fungos.

A seguir temos os fungos com filamentos espessos. Boeri e Jacomo cuja classificação adoptamos, modificando ligeiramente, além desses dois grupos juntam um 3.º, o dos fungos com estrutura conidiana e característica fructificação. Entre os 2 grupos, levedos e fungos filamentosos, devemos colocar vários géneros, cujas espécies constituem uma forma de passagem entre os 2 grupos, são os géneros *Geotrichum*, *Neogeotrichum*. O 2.º delles muito importa:se por determinar uma forma pulmonar relativamente *communum* em Minas e estudada de modo completo por Octavio Magalhães e outros.

No quadro abaixo procuramos tanto quanto possível orientar o analysta para a classificação botânica. Algumas figuras melhor elucidarão o assunto.

## **Mycose do apparelho respiratorio**

FUNDOS PATHOGENOS	Levedos	levedos verdadeiros	Saccharomycetaceae	{ <i>Saccharomyces</i> <i>Debaryomyces</i> <i>Willia</i>
			Endomycetaceae	
Levedos	falsos levedos		Coccidioidaceae	{ <i>Endomyces</i> <i>Coccidioides</i> <i>Paracoccidioides</i> <i>Rhinosporidium</i> <i>Posadasia</i>
			Mycotorulaceae	
Fungos filamentosos	filamentos subtils		Blastodendriion	{ <i>Mycotorula</i> <i>Candida</i> <i>Mycocandida</i>
			Torulopsidae	
Fungos filamentosos	filamentos espessos		Pytyrosporum	{ <i>Torulopsis</i> <i>Klockeria</i> <i>Pytyrosporum</i> <i>Schizotorulopsis</i> <i>Schizoblastosporon</i> <i>Trigonopsis</i> <i>Asporomyces</i>
			Trichosporeae	
Arthosporeae			Trichosporon (Proteomyces)	{ <i>Trichosporon</i> (Proteomyces) <i>Pseudomycoderma</i> <i>Redaellia</i>
			Mycoderma	
Fungos filamentosos			Geotrichum	{ <i>Actinomyces</i> <i>Leptotrichia</i> <i>Cohnistreptothrix</i> <i>Mycobacterium</i>
			Neogeotrichum	
Fungos filamentosos			Actinomycetaceae	{ <i>Mucor</i> <i>Rhizopus</i> <i>Penicillius</i> <i>Aspergillus</i> <i>Rhinoocladium</i>

*Isolamento dos fungos encontrados no escarro.*

Conhecidos assim os principaes cogumelos responsaveis por lesões pulmonares, vejamos rapidamente como isola-los do escarro, uma vez verificada ahi sua presença.

Como se apresentam no escarro? Com as duas fórmas que assignalamos na classificação — fórmas de levedo e fórmas filamentosas. As fórmas puras de levedo aparecem principalmente no escarro fresco, recente. Quando, porém já algumas horas se passaram, então começam a surgir mais numerosas as fórmas filamentosas de levedos — Figuras I e II.

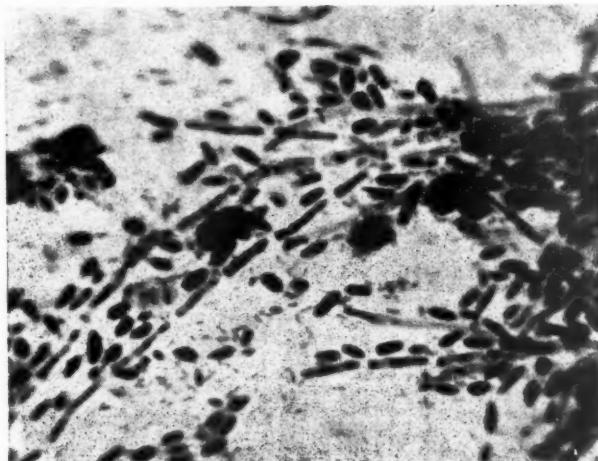


Fig. 1  
Fórmas de levedo e de filamento.

As fórmas filamentosas puras do segundo grupo differem das do primeiro, de modo que facilmente podemos diagnosticar os 2 typos, Fig. III.

Verificada a presença do fungo no escarro vamos isola-lo, utilizando para isso meios que impeçam o desenvolvimento das bacterias. Optimos resultados temos obtido com uma gelose acidificada pelo acido tartarico a 2 ou 3 %, e distribuida em placa. O pH muito baixo, 4 mais ou menos, permite apenas o crescimento dos fungos. Uma vez as colonias bem desenvolvidas nas placas, figs. IV e V, colhemos uma ou mais, caso existam diversas e transplantamo-las para novos meios — gelose maltosada, glycosada, agua de batata, meio de Czapecz, etc. afim de identificar o agente isolado.

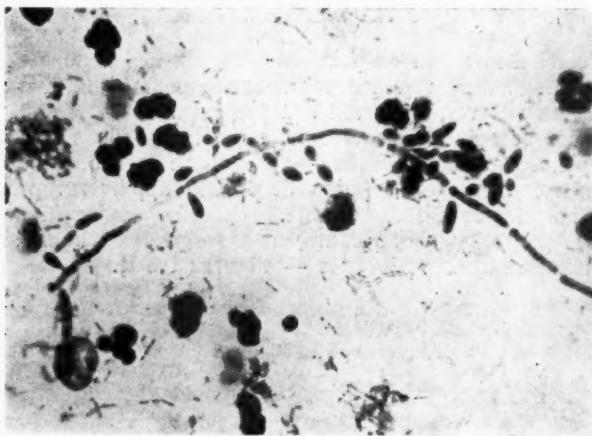


Fig. 2  
Fórmas de levedo e de filamento.

Estas duas ultimas figuras nos mostram, respectivamente, colonias de fungos filamentosos e de levedos.

A presença de um micro-fungo no escarro não é suficiente para estabelecer o diagnostico de mycose pulmonar, pois elle ahí pôde se encontrar como saprophyto. Para que o fungo determine lesões é necessário que circunstancias favoraveis se esta-



Fig. 3  
Fórmas filamentosas finas.



Fig. 5  
*Mycotorula* — Colônias cremosas, levedo.  
Fungo levediforme.

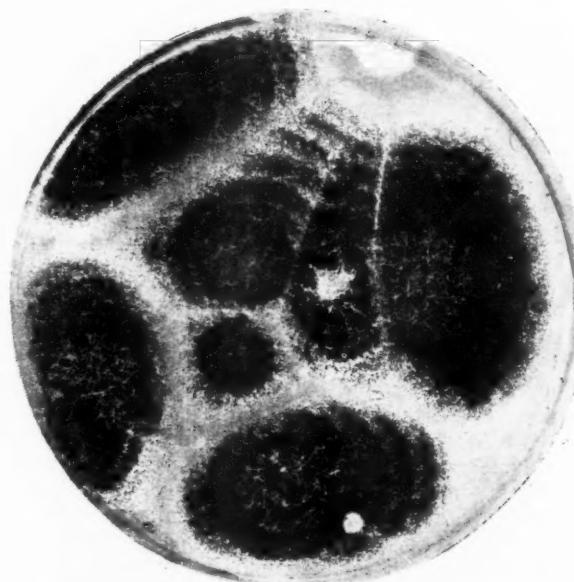


Fig. 4  
*Aspergillus* — escarro semeado.  
Colônias de fungo filamentoso espesso.

beleçam tanto do lado do parasito, como do individuo. Como condições da parte dos fungos, consideram alguns A. A. a sua forma vegetativa ou de reprodução, sua virulencia, seu numero, assim como as condições ambientes, grau de humidade, clima, etc. Frequentemente podem ser simples fungos saprophytos, que encontrando condições favoraveis entram a parasitar o organismo humano ou animal. Um traumatismo pôde determinar uma diminuição da resistencia organica num dado ponto e facilitar a penetração do fungo. Não basta então a simples presença do fungo para o apparecimento de uma mycose; é necessario que da parte do organismo existam condições especiaes, e entre estas convem mencionar a *idade, raça, clima e profissão*. Analysemos-las rapidamente. A idade representa um factor de grande valia no apparecimento da *tinhas*, mormente das tonsurantes que são peculiares á infancia. A raça e o clima influem tambem favoravelmente no apparecimento de certas dermatomycoses. Nos tropicos segundo Castellani 20 % das molestias têm como agentes etiologicos os fungos.

E' ao factor climatico que Boeri e Jacono attribuem a maior frequencia das mycoses pulmonares no sul da Italia. A esse factor deve ser adjudicado o trafico intercontinental por via maritima que acarreta a possibilidade de mais intimos e immediatos contactos com materiaes ricos em fungos.

As qualidades physiomaticas do individuo representam certamente o elemento preponderante para o assentamento e desenvolvimento dos fungos. Na expressão feliz usada por Viola para a tuberculose (Boeri e Jacono) ellas constituem a polvora que queima quando tocada pelo phosphoro representado pelo micro-organismo.

E' sabido que um organismo favoravel ao desenvolvimento de um fungo constitue tambem um optimo terreno para outro fungo. Dahi resultam as associações parasitarias, não raro encontradas em um mesmo individuo. A este proposito temos a frequencia da pityriasis em individuos tuberculosos. Todos os que se dedicam ás pesquisas ou exames bacteriologicos de escarrros, sabem como é frequente a presença de fórmulas fungicas na expectoração de bacilosos. Em certos casos chega-se mesmo a falar em verdadeira symbiose.

Masucci e Nuzzi na clinica do prof. Boeri estudaram os doentes de mycose broncho-pulmonar, no ponto de vista clinico e biotipologico. Verificaram esses estudiosos que entre mycoses pulmonares e tuberculose podem ser estabelecidos os seguintes pontos: a) que as mycoses não apresentam as caracteristicas micropolyadenites como na tuberculose; b) que naquellas raramente se encontra a syndrome muscular apical; deste facto resulta como corollario que a mycose habitualmente não atinge o apice; c) a hypotensão arterial não é ordinariamente observada

na mycose e além disso o tonus muscular permanece normal, muito embora a molestia date já de certo tempo; d) finalmente que não se observam signaes de hypertyreoidismo assim como não prevalece o typo longilineo, como ocorre nos individuos atacados de tuberculose pulmonar.

Na mesma clinica o prof. Fragomele observando os mesmos doentes de mycose pulmonar verificou que elles apresentavam calcemia normal com hyperpotassioemia. Estas verificações foram pelo mesmo prof. observadas tambem em animaes de laboratorio experimentalmente infectados com fungos.

Passemos agora a fazer algumas considerações sobre a profissão como factor predisponente das mycoses pulmonares assim como sobre as vias de entrada de seus agentes etiologicos.

Todos sabemos o valor que representam os habitos profissionaes como factores das mycoses em geral, pois que innumeras delas ocorrem de preferencia nos individuos que se dedicam á lavoura, onde, em contacto com os fungos, mais facilmente se contaminam.

Os professores Boeri e Jacono em seu livro já citado, atentando para esses factos julgam ser possivel aventar a hypothese de que a maior parte das mycoses virá num proximo futuro constituir um dos mais interessantes capitulos da medicina do trabalho.

Foram, sem duvida nenhuma, as observações de Chantemesse, Widal e Renon, sobre as mycoses pulmonares as primeiras a estabelecer a relação existente entre estas e as profissões. Celebres e assás conhecidos são os seus estudos sobre a frequencia das aspergilloses pulmonares nos engordadores de pombos e penteadores de cabellos para a confecção de cabelleiras posticas. Além destes individuos e dos jardineiros, agricultores e certos commerciantes, uma outra profissão concorre grandemente para fornecer casos de mycoses pulmonares. E' segundo Boeri e Jacono a dos trabalhadores dos silos nos portos.

Com efeito os grandes portos têm sempre enormes depósitos de mercadorias de origens differentes. Os grãos ahi acumulados, importados e a exportar trazem consigo esporos fungicos, os mais variados, que facilmente são acarretados pelas poeiras e inhalados pelos que nesse ambiente labutam. O isolamento de fungos de diversos generos como *Aspergillus*, *Actinomyces*, *Rhizopus* e outros foi conseguido por Jacono em recentes investigações.

Constituem portanto os portos, fócos de mycoses e muitas vezes introductores de fórmas exóticas em alguns paizes. Além destes focos de mycoses outros tem sido assinalados por varios pesquisadores, entre os quaes sobreleva notar os cotonofícios. Os finos filamentos vegetaes em suspensão, e inhalados, determinam muito frequentemente uma pneumoconiose, observa-

vel tambem nos inhaladores do perfume do chá. Castellani em estudos feitos em Ceylão entre estes ultimos individuos, demonstrou a presença de fungos diversos nas folhas de chá e tambem nos aspiradores do seu perfume. Paremos porém aqui, pois continuar, seria um longo ennumerar de factos.

A penetração dos fungos nos pulmões pôde ter lugar por 3 processos diversos: 1.º — aspiração directa. 2.º — por metastese sanguinea ou lymphatica e 3.º por propagação directa de um orgão vizinho.

Observações de pesquisadores varios demonstraram cabalmente que o ar penetra até aos alveolos sem estar completamente depurado, e desse modo ahi leva microorganismos, de mistura com poeiras.

Penetrados no pulmão esses microorganismos de preferencia se localisam nos apices e principalmente nas zonas que correspondem ás costellas.

Nos casos de penetração pos aspiração, tem grande importancia o vehiculo que transporta o fungo, porque pela sua natureza pôde determinar um traumatismo, diminuir a resistencia do organismo e facilitar a implantação do elemento vehiculado.

O segundo processo de implantação pulmonar determina uma fórmula secundaria de mycose e constitue geralmente uma embolia. Presupõem estes casos a existencia de focos primitivos frequentemente localizados na boca, amygdalas ou pelle, como tem sido provado. A ultima fórmula de penetração é como dissemos a propagação directa que constitue uma fórmula secundaria da localização pulmonar. Esses, de modo geral, os modos de penetração dos fungos nos pulmões.

Antes de nos referirmos ás modalidades clinicas das mycoses pulmonares, devemos assignalar ligeiramente a acção pathogénica dos fungos.

De duas maneiras principaes agem os fungos nos organismos, humano e animal; por acção mecanica, e por acção toxica. A primeira é traduzida pelo desenvolvimento do fungo que pôde alcançar ás vezes dimensões bem apreciaveis e determinar phenomenos diversos, como obliteração de vasos, alveolos e mesmo bronchios.

A acção toxica durante muito tempo contestada, não apresenta hoje em dia mais duvidas, pois sufficientemente tem sido demonstrada. Para dar apenas um exemplo da acção toxica dos fungos no organismo diremos que numerosas necroscopias de casos de mycoses pulmonares, demonstraram a presença no baco, figado, rins, capsula suprarrenal, etc., de lesões degenerativas diversas, sem a presença do fungo, encontrado exclusivamente nas lesões pulmonares.

Embora provada a acção pathogénica dos fungos nas mycoses pulmonares, os conhecimentos anatomo-pathologicos das

lesões limitam-se apenas a um pequeno numero desses micro-organismos. Parece, pelo que tem sido observado até hoje que o quadro anatomo-pathologico não é muito diverso daquelle descripto para a tuberculose e mesmo para a syphilis. Um facto que vem tambem contribuir para o pouco conhecimento das lesões pulmonares mycoticas é que nem sempre o fungo se acha presente no ponto lesado. Afim de não tornar muito extensa esta exposição e tambem para não entrar em seara alheia, passarei por cima deste assumpto, recomendando, porém, aos que delle se interessarem, o capitulo especial do livro de Boeri e Jacono — já varias vezes citado.

Não posso no entanto deixar de transmittir algumas das considerações feitas pelos professores italianos, sobre as fórmas clinicas. Espero, porém, que para o futuro os que tratarem deste assumpto, possam lançar mão de dados fornecidos por clinicos patrícios.

Se as mycoses pulmonares não apresentam como dissemos quadros anatomo e histo-pathologicos caracteristicos, muito menos uma syndrome clinica. Dividem aquelles autores as mycoses do apparelho respiratorio em dois grupos: *affecções das primeiras vias e affecções bronchopulmonares*. Ao estudarem o primeiro grupo, de localisações na amygdalas, larynge, pharynge etc. dizem ser de seu dever recordar a esse proposito, o merito de Splendore, por haver descripto em primeiro lugar, no Brasil, uma particular variedade de blastomycose localizada no cavo pharyngeo, e que dizem ser conhecida com o nome de *blastomycose oropharyngea de Splendore*.

Sem querer desmerecer o valor das pesquisas de Splendore, ao nosso ver de inestimavel valor scientifico, devemos dizer que em nosso meio aquella denominação não é aceita ou antes não é conhecida. Todos conhecemos a localização buccal inicial da blastomycose brasileira, mas poucos, infelizmente, conhecem as pesquisas de Splendore sobre o assumpto.

Além, do fungo que denominamos *Paracoccidioides brasiliensis*, revalidando a especie proposta por Splendore, numerosos outros produzem lesões no cavo pharyngeo e entre elles, merecem ser citados os do genero *Actinomyces* e os commumente denominados blastomycetos e que com os modernos conhecimentos que possuimos, devemos chamar de um modo geral de *Torulopsidados*. Ao lado das perturbações locaes tales como constrição, queimadura da garganta, dor e não raro difficultades de deglutição, dysphonias etc. encontramos lesões que podem se traduzir por aspectos mais ou menos caracteristicos. Ora são lesões ulcerativas avermelhadas tendo um exsudato caracterizado por um pontilhado amarelo ou esbranquiçado, ora este exsudato recobre toda a lesão e aparece como uma membrana mais ou menos facilmente destacavel, e revelando no fundo a mucosa rica em erosões san-

guinolentas. Em alguns casos os ganglios lymphaticos regionaes augmentam de volume, soffrem um processo de inflamação purulenta e fistulisam. Ao lado dessas perturbações locaes surgem modificações do estado geral, traduzidas frequentemente por febre, asthenia, anorexia, cephaléa, etc. Estas lesões podem permanecer localisadas neste trecho commun dos apparelhos digestivo e respiratorio, ou podem dar metastases a outros pontos, ou ainda serem metastases de lesões de outros territorios. Teriamos assim localisações primitivas, secundarias, e tambem associadas.

Nas affecções ou mycoses broncho-pulmonares tambem podemos ter estas tres modalidades. A fórmia primitiva, nada de particular apresenta que permitta o estabelecimento de uma syndrome clinica typica. Os casos observados lembram as diversas fórmias clinicas da tuberculose pulmonar.

Si um quadro clinico não pôde ainda ser claramente estabelecido, pode-se no entanto considerar duas fórmias bem distintas. Uma de curso agudo e outra de evolução chronica. O inicio da molestia não é sempre bem determinado, apparecem frequentemente phenomenos catarrhaes. O doente apresenta tosse, a principio ligeira, que aos poucos vae se tornando mais frequente e persistente. A expectoração tambem aumenta gradativamente e assume um aspecto mucco-purulento ou mesmo francamente purulento; não são raros os casos em que o escarro é gelatinoso, ou então contem estriações de colorido variado, até mesmo estriado de sangue ou hemorrágico. Tambem o cheiro é variavel.

Certos casos podem apresentar uma fórmia clinica hemoptoica. As hemoptyses muitas vezes abundantes ,se succedem com frequencia, acompanhadas por accessos febris, e sensações de angustia respiratoria. Essas crises se repetem com intervallos maiores ou menores, e os escarros podem continuar por certo tempo com sangue.

Para resumir, o quadro clinico da phase inicial é de uma bronchite simples, de localização basal, media ou mesmo apical, ou então diffusa, attingindo um ou ambos os pulmões. Dessa fórmia simples podemos chegar até ás cavernas e abcessos pulmonares. Com a extensão do processo pulmonar a pleura pôde vir a ser attingida e dahi o apparecimento de dores, algumas vezes muito intensas. Por propagação o processo pôde alcançar as paredes thoraxicas e vir a formar fistulas externas, (como na actinomycose).

Não ha signaes physicos caracteristicos, a não ser a séde das lesões, raramente apical ou sub-apical. O fóco mycotico é de preferencia basal, ou mediano, na zona para-hilar.

Nas fórmias chronicas o estado geral não se resente muito, a não ser em casos de diffusão do processo, quando então o paciente

se torna cachetico e a morte sobrevem em curto prazo. O decurso, porém, de uma mycose é longo e pode durar meses e mesmo anos, com intervallos de remissões e surtos agudos.

#### *Diagnose clinica*

Este é um capitulo extremamente importante e imprescindível no estudo clinico de qualquer entidade morbida. Nas mycoses pulmonares, parece-nos ser ainda mais importante, principalmente para a prognose e therapeutica.

Lieske, citado por Boeri e Jacono, diz que se um doente de mycose pulmonar é considerado erroneamente como tuberculoso, e como tal tratado, as manifestações da molestia progridem, verifica-se uma peiora e em determinadas circunstancias a morte; se porém o medico acredita estar em face de uma syphilis pulmonar, ainda neste caso a molestia desafia qualquer tratamento, salvo se for considerada syphilis terciaria e ao doente applicado o iodureto de potassio, (ou de sodio). Neste caso, mau grado um erro de diagnostico o medico salva o doente.

Deante de um doente com perturbações pulmonares é preciso antes de mais nada excluir a tuberculose, com a qual a mycose se assemelha estreitamente, com a qual se confunde e à qual muitas vezes se associa (Boeri e Jacono).

Ao lado do diagnostico clinico, necessário se faz o diagnostico de laboratorio. Uma bem orientada anamnese dirá sobre o passado morbido não só do paciente como daquelles em cujo meio vive. Os habitos e principalmente a profissão têm um grande valor, assim como a época do anno em que ocorreu o inicio da molestia.

Masucci e Nuzzi na clinica de Boeri fizeram pesquisas sobre a constituição dos individuos doentes, e observaram o seguinte: as mycoses seriam mais frequentes no typo brevilineo macroplancnico vagotonico. Segundo as observações desses pesquisadores, contrariamente ao que ocorre na tuberculose não se observariam nos mycoticos, nem uma accentuada *hypotonia muscular*, calculada pelo apparelho de Mosso, nem uma hipotensão cardiovascular, nem micropoly-adenopathias ou adenopathias axillares, nem amyotrophia e dores musculares, especialmente dos musculos da cintura escapular (signal de Boeri) nem a nota de um accentuado hypertyreoidismo. Nas mycoses, o estado geral é conservado, o paniculo adiposo não diminue, não se encontra anemia pronunciada nem tachycardia.

Além disso já dissemos que a lesão mycótica raramente se assesta no apice, frequentemente ella é da base ou da região hylar e mais, o processo pode do pulmão passar à pleura por contiguidade, depois à parede thoraxica, musculos, costellas e pelle, formando abcessos e trajectos fistulosos.

Um facto que pôde muitas vezes elucidar o diagnostico é a presença de fócos mycoticos no tecido subcutaneo ou nos ossos, como complicações pulmonares; algumas vezes porém estes fócos são primitivos e a localisação pulmonar secundaria. Isto constitue um elemento de valor precioso para o diagnostico da mycose.

A therapeutica iodica benefica nas mycoses é de ordinario prejudicial á tuberculose, e muitos successos therapeuticos obtidos com o iodo nesta ultima escondiam provavelmente um erro de diagnostico, isto é, seriam antes casos de mycoses pulmonares e não tuberculose.

Depois das numerosas considerações que aqui resumimos, Boeri e Jacono, dizem que em conclusão pode-se affirmar que nenhum caracter clinico, nem de semiologia physica, ou radiologica, permitte o diagnostico seguro de mycose, diagnostico esse que, é incerto mesmo ao exame anatomico, histologico e algumas vezes mesmo ao mycologico. Se não é sempre possivel fazer clinicamente o diagnostico da mycose, muito menos possivel é na maior parte dos casos de mycoses, distinguir clinicamente o genero do fungo. Ha alguns fungos que determinam certos quadros clinicos mais ou menos bem conhecidos. E' porém mais acertado recorrer ao Laboratorio para elucidação dos generos e algumas vezes da especie.

#### *Diagnostico de laboratorio*

O diagnostico de mycose pulmonar no laboratorio deve seguir uma orientação tal, que permitta dentro de curto tempo afirmar ou negar a presença de fungos no material examinado. Aconselham alguns A. A. as seguintes provas:

- 1 — pesquisa microscopica do fungo no expectorado ou em outro qualquer material pathologico.
- 2 — isolamento e cultura do fungo encontrado.
- 3 — intradermo e cuti-reação.
- 4 — sôroagglutinação.
- 5 — reacção de fixação do complemento.
- 6 — reacções immunologicas provocadas com injecção de antígeno retirado do fungo isolado do proprio doente ou de outras amostras conservadas em laboratorio.
- 7 — inoculação das culturas e do escarro em animaes de experencia.

Destas diversas pesquisas devemos dizer que merecem especial attenção as de numero 1, 2 e 7. As demais são provas que quando positivas apenas darão como indicação o diagnostico de mycose.

e raramente um diagnostico específico, isto é, a reacção positiva é de significação geral, indicando apenas que o organismo humano vem reagindo contra um fungo.

Além disso os resultados controvertidos obtidos por numerosos pesquisadores, não são de molde a incrementar a pratica systematica dessas reacções. Deixemo-las de lado e façamos rápidos commentarios apenas sobre as seguintes:

#### *Pesquisa no escarro*

Esta pesquisa pôde ser directamente feita no escarro sem tratamento algum, ou pôde ser feita após um processo qualquer de homogeneisação. Esta technica tem a vantagem de permitir a maior concentração dos microorganismos, após a destruição de grumos, elementos celulares, etc. Variam as technicas, utilizando cada pesquisador a que melhores resultados lhe forneceu a pratica.

A homogeneisação tem ainda a vantagem de facilitar a pesquisa do *Mycobacterium tuberculosis*. Preparado o material, coramo-lo pelos methodos de Ziehl-Neelsen, Gram, Leishmann ou outro qualquer, porém sempre uma preparação pelo primeiro delles.

#### *Isolamento e cultura*

Verificada a presença de elementos fungicos devemos tratar de isola-los, utilizando-nos para tal fim do material não homogeneizado, porque alguns processos de homogeneisação, matam ou inhibem o desenvolvimento de certos fungos.

Varios meios culturais devem ser utilizados, attendendo-se porém para isso a indicação do fungo fornecida pelo exame directo.

Para serem obtidos bons resultados com a sementeira do escarro, necessário se torna que elle soffra um tratamento previo. Basta lavar em solução physiologica algumas vezes, para retirar a saliva, e antes de ser colhido o escarro deve o doente ter o cuidado de lavar bem a boca com agua oxygenada ou com uma solução de permanganato a 1/4.000.

Os mycotorulados que em tão grande numero de casos são os responsaveis por lesões do apparelho respiratorio, são facilmente isolados em meios bem acidos, como é a gelose commun acidificada pelo acido tartarico a 2 %.

Outros fungos desenvolvem-se melhor no meio de prova de Sabouraud ou no meio de Pollacci, etc. meios esses todos com pH abaixo de 7,0.

A observação das culturas deve ser demorada porque ha fungos de lento desenvolvimento, só iniciando um esboço de colonias

depois de 8 a 10 e mesmo 20 dias como é o caso do *Paracoccidioides brasiliensis*. Quando o exame directo faz suspeitar se trate de um *Actinomyces*, devemos semear tambem em meios para anaerobios, pois nesse genero, como se sabe ha numerosas especies anaerobias.

Obtido o fungo isolado nada mais temos a fazer senão transplantá-lo para os meios adequados afim de identifica-lo.

### *Inoculação*

E' nesta phase da pesquisa que fazemos a inoculação em animaes de laboratorio, coelho, cobaya, rato, afim de verificar sua pathogenidade. Esta é variavel, pois um mesmo fungo pode nas mãos de uns pesquisadores demonstrar accentuado poder pathogeno, enquanto para outros será tido como inoffensivo. Para que um microorganismo se mostre pathogenico para determinado animal é necessário que certas condições sejam preenchidas. Assim, uma dose de fungo nem sempre é suficiente para de uma só vez vencer a resistencia do organismo animal. Hoje em dia procura-se tanto quanto possivel approximar a questão experimental da accidental ou natural, e assim ao envez de uma só inoculação, fazemos successivas injecções do material até obtermos um resultado positivo ou negativo.

Por esta pratica e tambem fazendo variar as vias de introdução do fungo, conseguimos resultados positivos onde antes eram falhos. Os resultados desta prova devem sempre ser considerados como umas tantas reservas, por que nem sempre as condições animaes são iguaes ou se approximam das humanas.

Obtidos resultados positivos, procuraremos completar o ciclo de Koch, pelo reisoamento do fungo, agora das lesões animaes. Provada assim a presença de um fungo no organismo humano e tambem a sua acção pathogenica, devemos então tratar convenientemente do enfermo. Ora, escusado será dizer que o lapso de tempo decorrido durante estas provas todas pode ter sido tão longo que nada mais resta senão comprovar pela necropsia o que as pesquisas haviam demonstrado.

Como evitar esses inconvenientes? Muito simplesmente. Uma vez tendo sido verificado pelo exame do escarro a presença de um fungo e a ausencia do *Mycobacterium tuberculosis*, deve o clinico tentar o tratamento pelos iodetos, com as devidas cautelas. Se após a administração das primeiras doses de medicamento o doente não reagir mal, isto é, não peorar, então doses mais fortes deverão ser tentadas.

Além da therapeutica medicamentosa temos ainda a soro-vaccinica, a therapeutica physica e a cirurgica.

Não nos compete falar aqui sobre a acção medicamentosa do iodo. Devemos porém repetir que é sob a forma de iodeto de

potassio na dose diaria de 1 gr. *per os* que elle deve ser ministrado na mycose pulmonar. Essa dose deve ser depois elevada até tolerancia. Nas lesões do larynge e pharynge ainda devem ser feitas princellagens de tintura de iodo e vaselina em partes iguaes. Ao lado do iodeto de potassio *per os* devemos usar o de sodio, por via endovenosa, principalmente nos casos de tolerancia. Boeri em sua clinica vem administrando com bons resultados soluções de oleo iodado a 20 %, na dose diaria de 2 a 10 cc. por via endo-tracheal, em duas vezes ao dia, ou doses maiores em dias alternados. Esta technica segundo Boeri e seus colaboradores, Polese e Formicolo, produz optimos resultados.

Da therapeutica sôro-vaccinica, apenas tem produzido apreciaveis resultados a vacinotherapy especifica ou não. A sôrotherapy sómente em rarissimos casos deu algum resultado.

#### *Therapeutica physica*

Consiste principalmente na mudança de climas, sendo de aconselhar a beira-mar.

#### *Therapeutica cirurgica*

Esta pratica tentada por alguns A. A. nos casos em que já havia compromettimento pleural e thoraxico não deu os resultados esperados, pois favorecia não raro a diffusão e as metasteses do processo.

A proposito da therapeutica iodica devemos dizer que pesquisadores como Sergent e Mamou, mesmo não encontrando fungos no escarro de doentes pulmonares, suspeitos de apresentarem mycoses, aconselham o emprego dos iodetos. Este medicamento dizem elles serve como diagnostico. Vae nisto, queremos crêr, um pouco de afoiteza, pois como ha pouco dissemos, muitas vezes é difficil nas provas de laboratorio dizer se as lesões são de origem tuberculosa, syphilitica ou mycotica.

Diagnosticado um caso de mycose pulmonar e conhecido o tratamento, resta ao facultativo estabelecer seu prognostico. Para certos fungos os iodetos constituem um verdadeiro medicamento especifico. Para outros já sua acção é duvidosa, e finalmente para alguns é sem effeito. Além destes factos devem ser aquilatadas de inicio as condições do paciente e a extensão das lesões. Não é pois facil estabelecer um prognostico de mycose pulmonar, *maximé* quando ella se acha associada á tuberculose.

Eis ahi em linhas geraes synthetisadas algumas noções sobre mycoses do apparelho respiratorio.

Endereço: Av. Dr. Arnaldo, 1.



Correspondencia: Rhodia - Caixa Postal, 2916 - S. Paulo

## Alterações eletrocardiográficas no enfarte do miocárdio (\*)

**Dr. Jairo Ramos**

Assistente de clínica médica da Faculdade de Medicina da Universidade de S. Paulo, 3.º cadeira, serviço do Prof. Rubião Meira, Médico Auxiliar do Instituto de Higiene de S. Paulo.

**Dr. Luiz Marino Bechelli**

Assistente extranumerário.

Desde 1918, quando F. Smith teve a idéia de realizar ligaduras do tronco e ramos das coronárias do coração do cão e em seguida estudar as alterações eletrocardiográficas, é que os estudos experimentais e clínicos começaram a aparecer afim de demonstrar as alterações eletrocardiográficas que caracterisam o enfarte do miocárdio.

As experiências de F. Smith vieram mostrar que a onda T é que se modifica em primeiro lugar por ocasião da ligadura do tronco e ramos das coronárias. As alterações serão mais intensas e mais evidentes se a obstrução se realiza na coronária esquerda. A extensão das modificações depende do tamanho do distrito muscular atingido pela ligadura.

Nas experimentações de Smith a ligadura da coronária esquerda acarretava um aumento pronunciado da amplitude da onda T, que pode até ficar mais ampla que R. Em seguida a onda se achata e torna-se invertida. Posteriormente observa-se a volta à positividade que se realiza em uns casos, primeiro em D3 seguindo-se D2 e D1 e em outros casos, primeiro em D1 seguindo-se D2 e D3. Estas alterações se processam simultaneamente e completam o ciclo evolutivo 3 ou 4 semanas após a ligadura.

As alterações da onda T dependem em sua intensidade da massa de músculo ventricular comprometida e da séde da lesão, e são mais evidentes quando o enfarte se localiza na base dos ventrículos.

Em 1920 Harold Pardee pôde demonstrar, pela primeira vez, alterações do eletrocardiograma humano dependentes do

(\*) Comunicação feita à Associação Paulista de Medicina.

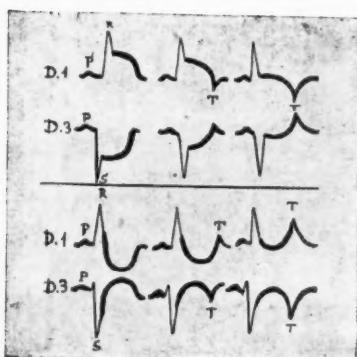


Fig. 1

enfarte do miocárdio. Pardee verificou em seu caso desaparecimento da onda T, que era substituída por uma larga meia lua, bem evidente em D2 e D3, iniciando-se na linha de descida de R bem próximo do ápice, trazendo desaparecimento da isoeleticidade do espaço RS-T. Posteriormente Pardee observou a evolução desta curva que se realizava de uma maneira muito semelhante à verificada por Smith em seus casos experimentais.

Os autores distinguem várias alterações do eletrocardiograma após um enfarte do miocárdio. Estudaremos isoladamente estas alterações pois assim será facilitada a exposição.

#### *Alterações do segmento*

*RS-T*: — Foi Harold Pardee quem em 1920 pela primeira vez verificou no homem uma alteração característica do segmento RS-T que recebeu por isto o nome de onda monofásica de Pardee. Consiste

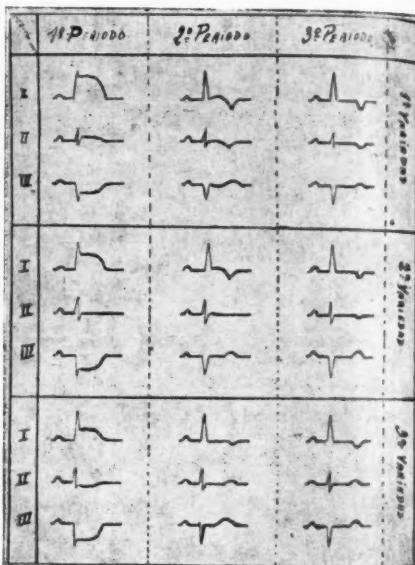


Fig. 2

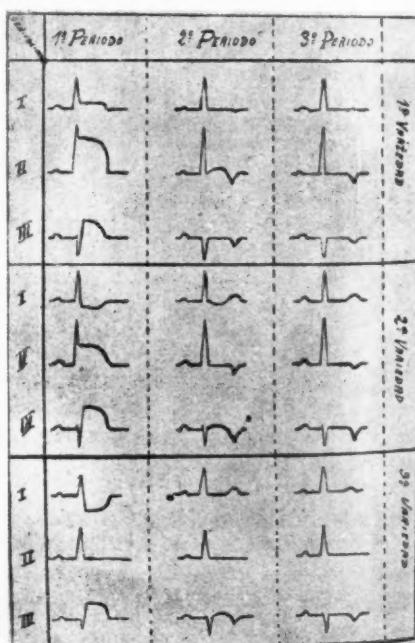


Fig. 3

esta anormalidade na falta de isoeletricidade do segmento RS-T. Observa-se na linha de descida de R ou de subida de S o nascimento de uma curva convexa para cima ou para baixo, respectivamente, não sendo mais visível a onda T, e em conjunto tem-se uma curva monofásica. É isto que o esquema n.º 1 reproduz muito bem, e que os traçados das figs. ns. 4, 7, 8 e 39 mostram muito nitidamente. Outras vezes, o segmento RS-T tendo início em um ponto muito alto do complexo QRS pode se manter retilíneo ou mesmo em linha obliqua descendente.

Esta alteração do segmento RS-T é transitória e de aparecimento muito precoce, razão pela qual é raramente observada em toda a sua plenitude. Entretanto, a forma e a maneira de regressão desta curva monofásica tem importância para o diagnóstico de localização do enfarte.

Parkinson e Bedford após observações clínicas e experimentais muito cuidadosas distingüiram a existência de dois tipos fundamentais de enfarte de acordo com a forma do segmento RS-T. A estes dois tipos fundamentais elos denominaram de tipo base ou T1 e tipo ponta ou T3. Qual seja a forma inicial assim será a evolução das curvas seriadas.

Os autores consideram três períodos distintos que marcam variantes bem características da forma anômala inicial. Os quadros esquemáticos de Padilla e Cossio que transcrevemos (figuras n.º 2 e 3) mostram claramente a maneira de evoluir das curvas do tipo base e do tipo ponta, respectivamente. Os esquemas por serem muito claros dispensam qualquer descrição e facil se-rá compreender os três períodos evolutivos, em cada uma das variedades consideradas.

Muitas vezes após o aparecimento da curva monofásica, e quando a onda T já está bem evidenciada, observa-se que o espaço RS-T, em lugar de ser isoeletérico e retilíneo, apresenta-se como uma curva convexa para cima (figuras nos. 34, 40, 41 e 43) que Pardee denominou de onda T coronária e que Oppenheimer e Rothschild nomeiam de onda T arqueada.

Estas alterações do segmento RS-T devem ser pesquisadas com muito carinho dada a sua importância diagnóstica segundo se pode concluir da frase expressiva de Levine: "Where such changes in the RS-T intervall are marked they are practically pathognomonic of coronary thrombosis".

Hoje em dia não é mais possível concluir como Levine, pois já foi verificada a presença desta anormalidade em afecções peri-cárdicas. Nós tivemos a oportunidade de verificar a presença da onda monofásica de Pardee em um paciente portador de uma estenose mitral reumatural muito antiga e arritmia completa. Na ocasião em que obtivemos o traçado (fig. 4) o paciente estava em condições de equilíbrio circulatório há quasi 2 meses, não

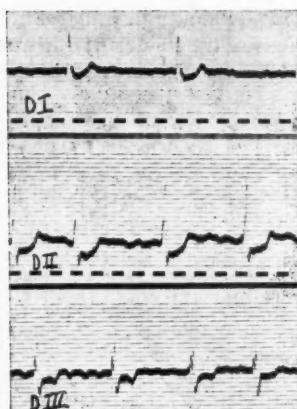


Fig. 4

sendo possível pensar que a alteração eletrocardiográfica tivesse como causa um enfarte do miocárdio, visto ser uma manifestação transitória que aparece nas primeiras horas do enfarte e desaparece no prazo de 5 ou 6 dias, no máximo.

*Alterações da onda T:* Uma vez desapercebidas as alterações do segmento RS-T acima descritas, isto é, depois de sua volta à isoeletricidade, a onda T passa a ser inscrita com toda a nitidez e permite a verificação de alterações muito significativas para o diagnóstico do enfarte do miocárdio através das alterações eletrocardiográficas.

Já vimos que os desvios do segmento RS-T são opostos em direção se considerarmos as derivações 1 e 3. Assim também será verificado para o onda T que apresentará desvios de direção diferente conforme considerarmos as derivações 1 ou 3.

Parkinson e Bedford baseando-se nestas alterações da onda T criaram dois tipos fundamentais de desvios que denominaram T1 e T3, conforme a onda T seja negativa, respectivamente, nas derivações 1 e 3. Os quadros esquemáticos aí atras referidos e que mostram a evolução das alterações do segmento RS-T representam nitidamente os dois tipos fundamentais de Parkinson e Bedford.

No tipo T1 nota-se o aparecimento da onda T invertida em D1, muito nítida, de ápice muito agudo tal como o de uma letra V (Levine), podendo ou não existir inversão de T em D2, sendo T3 positivo e amplo tal como mostra a figura esquemática n.º 3, e que os traçados eletrocardiográficos das figs. n.º 24, 26, 38 e 47 evidenciam com clareza. Estas alterações não são definitivas podendo-se observar modificações que se realizam durante meses consecutivos. Em geral há primeiro desaparecimento da negatividade da onda T em D2. Posteriormente diminui a amplitude de T em D3 até atingir cifras normais. A ultima alteração se realiza para o lado da onda T em D1 observando-se diminuição da amplitude da onda invertida e em seguida o reaparecimento da onda T positiva. Estas ultimas alterações nem sempre se realizam.

No tipo T3, que é o inverso do anteriormente descrito, nota-se, como mostra a figura esquemática n.º 2 que a onda T em D3 é negativa, muito ampla, com ápice muito agudo, podendo ou

não ser invertida em D2, sendo em D1 positiva, bem ampla, e de ápice evidentemente agudo, tal como os traçados das figuras n.º 28, 29, 36, 40, 41 e 43. Como para o tipo D1 estas alterações não são definitivas, podemos observar várias modificações e até mesmo a volta integral ao estado inicial. Nota-se primeiro desaparecimento da negatividade de T em D2. Posteriormente a onda T1 diminui de amplitude e, por último, a onda T em D3 se torna menos ampla, achatada, fica isoelettrica, ou mesmo pode tornar-se positiva. Em casos raros é possível verificarmos uma involução tão completa das alterações que o eletrocardiograma mostra contornos iguais aos verificados antes de se processar o enfarte.

Outras alterações da onda T podem ser observadas modificando o quadro morfológico descrito por Parkinson e Bedford. Não é raro observar-se a inversão de T nas três derivações (Fig. n.º 20) constituindo o terceiro tipo de Pezzi, sendo o primeiro e o segundo, respectivamente, os tipos T1 e T3 de Parkinson e Bedford. Esta negatividade de T nas três derivações é muito transitória pois logo após o seu inicio já nota-se desaparecimento da negatividade em D1 ou D3 de modo a se observar uma rápida passagem por um dos dois tipos fundamentais de Parkinson e Bedford.

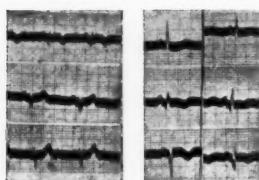
Alterações eletrocardiográficas com a onda T positiva nas três derivações e falta de isoelectricidade do segmento RS-T também podem ser verificadas em casos de enfarte do miocárdio.

Além da negatividade da onda T é possível, em alguns casos, notarmos um aumento pronunciadíssimo da amplitude deste acidente que fica positivo podendo mesmo ultrapassar a deflexão mais ampla do complexo QRS (Fig. n.º 24).

*Alterações do complexo QRS:* Muitas são as alterações do complexo ventricular QRS descritas pelos autores como prováveis sinais eletrocardiográficos do enfarte do miocárdio. Estudaremos os vários grupos isoladamente.

a) Alterações da deflexão inicial Q: — F. N. Wilson, A. G. Macleod, P. Barker, F. Johnston e L. L. Klistermeyer em trabalho recente estudaram com muito carinho as alterações de deflexão inicial Q, do complexo ventricular, que se processam no enfarte do miocárdio. Os autores descrevem dois tipos fundamentais que denominaram Q1 e Q3 conforme as alterações de Q se processsem em D1 ou em D3. Estudaremos isoladamente os característicos destes dois tipos.

Tipo Q1: — Observa-se aparecimento de uma onda Q ampla em D1, associada a um aumento da amplitude de S em D3 e às vezes em D2. Estas alterações se tornam bem evidentes quando já se conhecem os característicos eletrocardiográficos do paciente antes do enfarte. Muitas vezes notamos associação do



Figs. 5 e 6

tipo Q1 com as alterações que caracterizam o tipo T1 de Parkinson e Bedford (Fig. n.º 24). As alterações da deflexão inicial em geral aparecem após o desaparecimento das alterações típicas e características que descrevemos para o segmento RS-T.

**Tipo Q3:** — Notamos o aparecimento de onda Q ampla em D3, podendo também existir aumento da amplitude da onda Q em D2.

O complexo QRS em geral é muito amplo em D2, e por vezes em D3 só está reduzido ao acidente Q muito amplo. Como para o tipo Q1 verifica-se a associação freqüente das alterações que caracterizam os tipos Q3 e T3 (Fig. n.º 28, 29 e 33). Também as alterações de Q3 são mais tardias e só aparecem quando o segmento RS-T já é isoelétrico.

Os dois traçados das figuras n.º 5 e 6 que reproduzimos do trabalho de Wilson mostram de maneira clara os característicos fundamentais desses dois tipos de alterações.

Nos nossos casos observamos o tipo Q1 no traçado da figura n.º 23 e o tipo Q3 nos traçados das figuras n.º 28, 29, 35 e 38.

Estas alterações de Q1 e Q3 podem ser transitórias e aparecem mais tarde que as modificações do segmento RS-T.

Há casos assinalados pelos autores de associação dos tipos Q1 e Q3 com os tipos T1 e T3 se processando de uma maneira cruzada, isto é, em um mesmo traçado verificamos as alterações do tipo Q1 associada às modificações do tipo T3 e vice-versa, associação dos tipos T1 e Q3 (Fig. 38).

Esta associação cruzada é para se admirar por quanto a séde da lesão que motiva o aparecimento do tipo Q1 é a mesma que causa o tipo T1. De outro lado as modificações de Q3, em geral, são verificadas nas mesmas condições que causam o tipo T3. Wilson explica estas associações cruzadas pela sucessão de enfartes em intervalos curtos, e onde as alterações da onda Q indicam as modificações eletrocardiográficas tardias, ao passo que as deformidades da onda T atestam as alterações dos enfartes mais recentes.

**b) Diminuição da amplitude:** — Há casos de enfarte que ocasionam uma diminuição pronunciada da amplitude de todos os acidentes do complexo ventricular. É um fato observado em várias afecções do miocárdio, não se prestando portanto como sinal auxiliar de diagnóstico do enfarte do músculo cardíaco.

**c) Alargamento do complexo QRS:** — É possível verificarmos alargamento do complexo QRS que atesta alterações da conductibilidade intraventricular (Fig. n.º 38). As curvas obti-

das se assemelham às descritas para os bloqueios de arborização. É muito raro observarmos curvas indicadoras de bloqueio de ramos porque os enfartes só muito raramente se localizam na parte superior do septo, de dupla vascularização, e quasi sempre se instalam nas partes inferiores, que têm uma irrigação arterial realizada apenas por uma das coronárias.

As alterações do complexo QRS em geral são mais permanentes que as modificações das ondas Q e T, e do segmento RS-T, porém tem significação diagnóstica menos importante.

\* \* \*

Valor das alterações eletrocardiográficas para o diagnóstico do enfarte do miocárdio: — Não é unânime a opinião dos autores sobre o valor das várias alterações eletrocardiográficas para o diagnóstico do enfarte do miocárdio. Si alguns consideram que as alterações eletrocardiográficas permitem por si só o diagnóstico do enfarte do miocárdio, outros demonstram que as várias alterações descritas podem ser verificadas em outras ocorrências patológicas que não a trombose coronária. Parece muito acertada a opinião de C. Lian quando diz: "Assim, mantemos a nossa opinião de que os característicos eletrocardiográficos da angina aguda coronária são, não de ordem morfológica, mas sólamente de ordem evolutiva. Por conseguinte, nos eletrocardiogramas obtidos nos indivíduos com angina aguda coronária febril, o que é característico da isquemia coronária, não são propriamente os caracteres eletrocardiográficos considerados isoladamente, e sim a evolução de certas alterações eletrocardiográficas".

Se a maneira de Lian pensar é muito justa, há entretanto autores da competência de Levine que considera algumas das alterações eletrocardiográficas como patognomônicas da trombose coronária aguda. Referindo-se à onda de Pardee, Levine afirma ser esta alteração... "the most important type of change in the eletrocardiogram", e afirma a seguir: "Where such changes in the RS-T intervall are marked they are practically pathognomonic of coronary thrombosis".

Entretanto, como já fizemos notar, nem todos pensam da mesma maneira e Gilschrist e Ritchie mostram as várias eventualidades patológicas que se acompanham de alterações do segmento RS-T, além do enfarte, até mesmo em casos em que não é provável a existência de lesão miocárdica, como sóe acontecer no aumento do pH sanguíneo e na asfixia onde esta alteração aparece de maneira transitória. Como já referimos atraç, até a curva monofásica de Pardee pode aparecer na ausência de enfarte recente.

Compulsando a opinião dos autores parece que são as alterações morfológicas do eletrocardiograma que se processam em intervalos pequenos que mais se prestam para o diagnóstico eletrocardiográfico do enfarte do miocárdio. Não há, diz Levine, outra afecção cardíaca capaz de apresentar mutações eletrocardiográficas tão freqüentes e tão rápidas como a trombose da coronária.

Dentro dêste ponto de vista, são as alterações do segmento RS-T e as modificações da onda T que mais freqüentemente valem para o diagnóstico eletrocardiográfico da trombose coronária. Quando as alterações eletrocardiográficas se processam em outros acidentes, como por exemplo alterando a forma e a amplitude do complexo QRS, o diagnóstico só é possível com a ajuda da clínica.

Devemos ainda nós lembrar que podem existir grandes enfartes miocárdicos sem alterações eletrocardiográficas. Estes fatos se explicam pela sede do amolecimento miocárdico.

\* \* \*

Os casos que apresentamos além das alterações eletrocardiográficas mostram ainda quadros clínicos que parecem justificar o diagnóstico.

As alterações eletrocardiográficas verificadas podem ser catalogadas da seguinte maneira:

2 casos (observações n.º 1 e 8) de onda monofásica de Pardee. O primeiro caso posteriormente evoluiu para o terceiro tipo de Pezzi, e se manteve durante todo o tempo que observamos o paciente. Verificamos ainda alterações da onda Q e a presença da onda T coronária de Pardee, isto é, segmento RS-T arqueado. No segundo caso a onda de Pardee tende para o tipo T3 de Parkinson e Bedford.

4 casos (observações n.º 1, 2, 6 e 11) de onda T coronária.

1 caso (observação n.º 11) com a onda T invertida nas 3 derivações, constituindo o terceiro tipo de Pezzi.

4 casos (observações n.º 2, 3, 7 e 12) do tipo T1 de Parkinson e Bedford.

6 casos (observações n.º 4, 5, 6, 9, 10 e 11) do tipo T3 de Parkinson e Bedford.

1 caso (observação n.º 2) do tipo Q1 de Wilson.

4 casos (observação n.º 4, 5, 6 e 7) do tipo Q3 de Wilson.

1 caso (observação n.º 2) de associação T1 mais Q1.

3 casos (observações n.º 4, 5 e 6) de associação T3 mais Q3.

1 caso (observação n.º 7) de associação T1 mais Q3.

1 caso (observação n.º 12) de bloqueio A-V transitório, de inicio completo e por último incompleto do tipo 2:1.

6 casos (observações n.º 2, 5, 6, 7, 9 e 14) que mostram evidentes alterações do complexo QRS.

A mortalidade dos casos que apresentamos após meses de observação foi muito pequena pois apenas 2 doentes vieram a falecer meses após o acidente agudo e 1 faleceu 4 dias após o primeiro enfarte, quando teve novo surto de obstrução coronária. 7 pacientes vivem satisfatoriamente, sendo que um deles (observação n.º 1), "chauffeur" de profissão, é capaz de exercícios musculares violentos. Os 2 restantes após meses de observação têm capacidade de trabalho reduzida, sendo mesmo muito pronunciada em um deles (observação n.º 11).

\* \* \*

#### OBSERVAÇÃO N. 1:

L. M., branco, casado, 47 anos, motorista, italiano, 29-7-1931.

*Queixa.* — Dôr no epigástrico e no precôrdio.

*Moléstia atual.* — Desde 15 anos atrás tem azia que muito o incomoda. Há 1 ano apareceu dôr de seção epigástrica, irradiando-se para o hipocôndrio direito, de intensidade moderada, cessando inteiramente com a ingestão de alimentos e reaparecendo tardiamente 4 ou 5 horas após as refeições. Por vezes tinha dôr noturna que aparecia pela madrugada e cessava sem qualquer interferência externa. Passados 20 dias a dôr desapareceu e durante muitos meses nada mais sentiu até que há 15 dias atrás a dôr voltou a aparecer com os mesmos características.

Há 3 dias, às 18 horas, quando sentado em seu automóvel lia um jornal, começou a ter dôr na região epigástrica, muito forte a ponto de gritar. A dôr era contínua e aumentou progressivamente de intensidade tornando-se extremamente forte a ponto de ficar muito pálido e ter suores abundantíssimos. A dôr que de início era epigástrica irradiou-se, posteriormente, para o precôrdio e para os dois braços, dando uma sensação de frouxidão muito penosa. Atendido por um médico este injetou uma ampola de morfina que fez diminuir a intensidade da dôr. Internou-se então na Santa Casa. A uma hora da madrugada teve erupções com cheiro de ovo podre, provocou o vômito tendo eliminado a comida ingerida no almoço, as 11 horas. No dia seguinte após ingerir uma dose de bicarbonato de sódio o mal estar gástrico desapareceu.

*Antecedentes pessoais.* — Tabagista inveterado - 40 cigarros diários. Nega qualquer antecedente mórbido. Nega antecedente venéreo-sifilítico.

*Antecedentes hereditários.* — Pais vivos e fortes o mesmo acontecendo com 2 irmãos.

*Exame fisiológico.* — Tipo brevilíneo, musculatura e adiposidade muito desenvolvidas, posição no leito indiferente, marcha normal.

*Segmento céfálico.* — Nada de anormal a não ser dentes muito mal conservados, cárries e infecções focais. Aorta não palpável na fúrcula. Jugulares não turgidas.

*Torax.* — Alguns raros estertores subcrepitantes nas duas bases pulmonares. Nada de anormal pela inspeção do precôrdio. Choque da ponta ao nível do 5.º espaço intercostal esquerdo, a 2 cms. da linha mamilar, mal localizado. A percussão revela dilatação cardíaca medindo 18 cms. o diâmetro transverso máximo.

A ausculta revela desdobramento da 1.ª bulha, na ponta de uma maneira constante. Bulhas bem audíveis nos outros fócos sem alterações na intensidade e no timbre. Não verificamos atritos pericárdicos.

Pulso regular a 120 por minuto em repouso completo. Artérias moles e depresíveis, P. sist. 120. P. Diast. 80.

*Abdômen.* — Nada de anormal pela inspeção. Não há dôr à palpação de todo o abdômen, assim como não verificamos resistências musculares anormais. Fígado, baço, estômago e côlo transverso não palpaveis. Ceco e sigmaíde palpaveis e indolores.

*Sistema nervoso e órgãos genitais.* — Nada de anormal.

*Exames de laboratório.* — Exame de urina . . . . . negativo  
Exame de fezes . . . . . negativo  
Reação de Wassermann . . negativa

*Exame hematológico:*

Contagem global de hemácias . . . . . 5.000.000  
Contagem global de leucócitos . . . . . 13.000

Contagem específica de leucócitos :

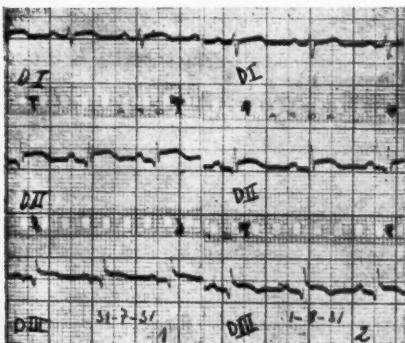
Granulócitos neutrófilos . . . . .	{	Bastonetes . . . . .	3 %	59,0 %
		Segmentados . . . . .	46 %	
Granulócitos eosinófilos . . . . .			2,5 %	
Granulócitos basófilos . . . . .			0,0 %	
Linfócitos . . . . .	{	Típicos . . . . .	16 %	28,0 %
		Leucocitóides . . . . .	12 %	
Monócitos . . . . .				10,5 %

*Exame radiológico do coração e do estômago.* — Dilatação evidente da área cardíaca. Ulcera duodenal com imagem de nicho de ulcera na pequena curvatura (Dr. Cassio Villaça).

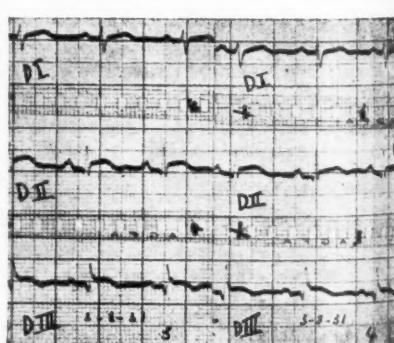
*Exame eletrocardiográfico* (Figuras ns. 7 a 22). — Só conseguimos obter o primeiro traçado eletrocardiográfico no dia 31-7-1931, isto é, 40 horas após o início do acesso doloroso. Neste traçado verificamos o desaparecimento da isoeletricidade do segmento RS-T e aparecimento de uma onda monofásica, convexa para cima em D1 e D2 e levemente ascendente em D3.

A onda monofásica de Pardee, isto é — ausência de linha isoeletrica no espaço RS-T, a qual é substituída por uma onda arqueada tendo início na linha de descida de R, bem junto ao ápice — manteve-se até o dia 7-8-1931, portanto, 232 horas após o início do acesso doloroso.

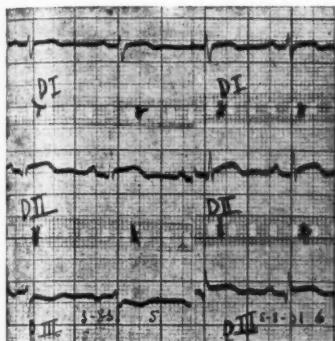
No dia 3-8-1931 verificamos que a onda T1 tornou-se difásica e em 7-8-1931 era nitidamente invertida.



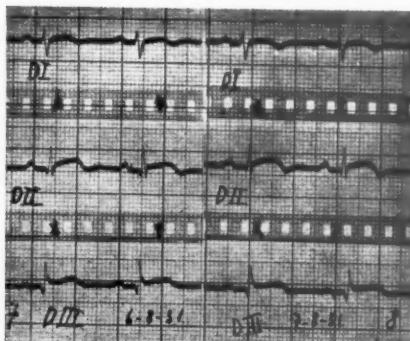
Figs. 7 e 8



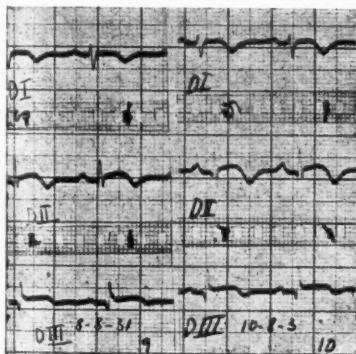
Figs. 9 e 10



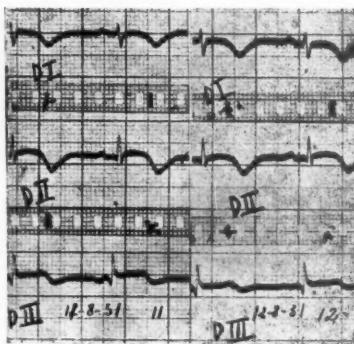
Figs. 11 e 12



Figs. 13 e 14



Figs. 15 e 16

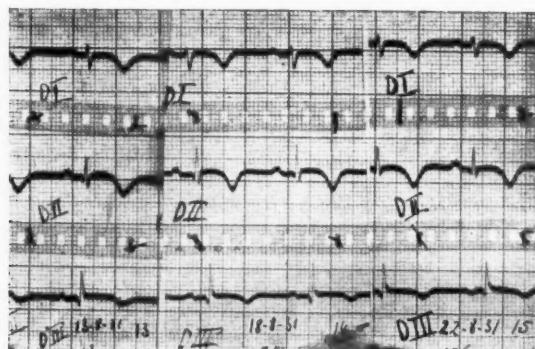


Figs. 17 e 18

Nas derivações 2 e 3 a onda de Pardee foi progressivamente se tornando menos nítida, por um abaixamento constante do ponto de início de T na linha de descida de R. Em 6-8-1931 já se notava uma difasia de T2 que se tornou muito nítida em 8-8-1931. Sómente no dia 8-8-1931 é que se iniciou a difasia de T3 tornando-se bem nítida em 12-8-1931.

O desaparecimento da onda de Pardee foi muito mais lento em D3, notando-se até muito tarde o início do segmento RS-T se processando antes de R atingir a linha isoelettrica.

Nas derivações 1 e 2 o desaparecimento da onda de Pardee se processou mais rapidamente e foi substituída pela onda T coronária ou pela onda T arqueada de Oppenheimer e Rothshild, que se mostra com toda a evidência no traçado tirado no dia 10-8-1931. Até esta data ainda se nota que o segmento RS-T se origina na linha de descida de R um pouco acima do plano e isoletricidade descrevendo a seguir uma linha muito nitidamente arqueada convexa para cima.



Figs. 19, 20 e 21

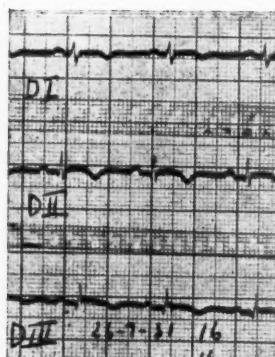


Fig. 22

A difasia de T nas 3 derivações tornou-se cada vez menos nítida pela diminuição da porção ascendente e aumento progressivo da onda descendente, até que se tornou nitidamente negativa em D1, no dia 8-8-1931; em D2, no dia 11-8-1931; e em D3, no dia 18-8-1931. As ondas T1 e T2 tornando-se invertidas assumiram uma forma de letra V com ápice muito agudo.

A inversão da onda T tornou-se menos nítida com a diminuição da amplitude da onda, desaparecendo o ápice muito agudo e se processando o achatamento de uma maneira progressiva. Entretanto, manteve-se invertida nas 3 derivações até o dia 26-9-1931, quando o paciente pediu a sua alta, e ainda foi verificada a negatividade de T nas 3 derivações,

2 meses após quando novamente tivemos a oportunidade de observar o paciente.

Não verificamos alterações muito evidentes do complexo QRS. Notamos apenas que a onda Q3 era mais nítida nos primeiros traçados do que nos últimos.

Não verificámos alterações da onda P, do ritmo sinusal e da conductibilidade A-V.

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (terceiro grupo de Pezzi, onda monofásica de Pardee, onda T coronária e alterações pouco evidentes da onda Q). ULCERA DO DUODENO.

#### OBSERVAÇÃO N. 2 :

C. V., 43 anos, branco, casado, brasileiro, fazendeiro, 28-3-1932.

*Queixa.* — Forte acesso de dôr precordial há 3 dias.

*Moléstia atual.* — Há 3 dias sentiu forte dôr precordial, com irradiação para o pescoço e braço esquerdo, fixando-se no cotovelo, com sensação constrictiva in-

tensa e impressão de morte iminente. Chamado o médico este diagnosticou angina do peito. Durante o acesso doloroso teve vômitos biliosos.

A conselho do médico que o atendeu veio de uma estação climatérica na montanha para nos consultar.

*Antecedentes pessoais.* — Hábitos morigerados e vida sozegada. Acusa cefaléa constante há muitos anos. Teve Wasermann positivo diversas vezes.

*Antecedentes hereditários.* — Sem importância.

*Exame físico.* — Tipo mediolineo, boa nutrição, sistema muscular bem desenvolvido.

Nada de anormal para o lado do segmento céfálico a não ser infecções dentárias.

Palpa-se a aorta na fúrcula esternal.

Nada de anormal pelo exame do aparelho respiratório. Não encontramos sinais de estase pulmonar.

Dilatação da aorta e da área cardíaca à percussão. Choque da ponta no 6.<sup>o</sup> espaço intercostal, na linha mamilar e de intensidade moderada. Não há frêmito. Bulhas cardíacas audíveis sem alterações da intensidade e do timbre.

Segmentos intestinais palpáveis e indolores. Fígado palpável no rebordo costal, não doloroso.

Nada de anormal pelo exame dos órgãos genitais e do sistema nervoso.

*Exames de laboratório.* — Exame de urina . . . . . negativo

Exame de fezes . . . . . negativo.

Reação de Wassermann . . . . . ++

*Exame radiológico* — Área cardíaca aumentada de volume cerca de 61%. Aorta dilatada medindo na crossa 2,4 cms. (Dr. Cassio Villaça).

*Exame eletrocardiográfico.* — O primeiro traçado eletrocardiográfico foi tirado em 31-3-1932 (fig. 23) seis dias após o acesso de dôr precordial tendo revelado o seguinte: Complexos ventriculares de pequena amplitude, particularmente em D1 onde se nota a onda Q um pouco evidente. Inversão de T1 sendo T2 e T3 positivos. A onda T3 é muito ampla quasi da mesma altura que R3. Espaço RS-T convexo para cima em D1 (onda T coronária de Pardee). Falta de isoletricidade do segmento RS-T em D2 e D3.

Ritmo sinusal sem alterações da conductibilidade A-V.

Após 15 dias de repouso absoluto na cama em uso de iodeto de sódio a 10% nas veias e de cila em pó associada a diuretina, tiramos novo traçado eletrocardiográfico.

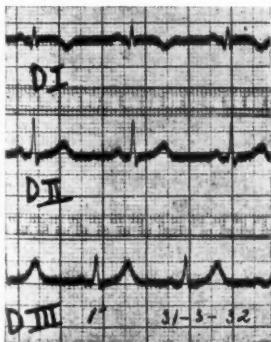


Fig. 23

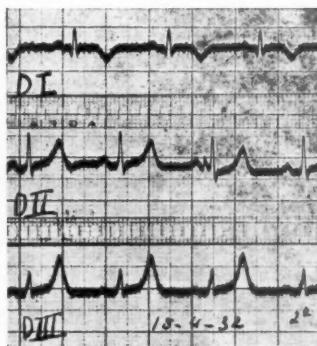


Fig. 24

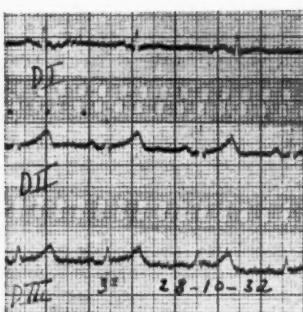


Fig. 25

gráfico (fig. 24) que revelou: Desaparecimento da linha arqueada, convexa para cima, do segmento RS-T, em D1. Aumento pronunciado da amplitude de T2 e particularmente de T3 que se tornou mais amplo que R3, com ápice muito agudo. Inversão de T1. Diminuição da amplitude de Q1.

Passado o primeiro mês de repouso na cama, permitimos vida ativa moderada e instituimos um tratamento bismutado, repetindo nova série de iodeto de sódio nas veias. Com este tratamento o doente melhorou muito.

Em Outubro examinamos novamente o paciente que se sentia bem.

O exame físico não revelou alterações evidentes. Novo traçado eletrocardiográfico (fig. 25), tirado em 28-10-1932, revelou o seguinte: Complexos ventriculares ainda pouco amplos. Onda Q1 quasi invisível. Onda T1 não mais invertida sendo isoéletrica. Diminuição notável da amplitude de T2 e T3. Desaparecimento da onda coronária em D1. Isoeletricidade do segmento RS-T nas 3 derivações.

Passado 1 ano do acesso doloroso à área cardíaca aos raios X não se alterou e o traçado eletrocardiográfico mostrava as mesmas alterações verificadas em Outubro de 1932.

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (tipo T1 de Parkinson e Bedford, Tipo Q1 de Wilson. Onda T coronária em D1).

#### OBSERVAÇÃO N. 3:

J. C. C., branco, 51 anos, casado, brasileiro, engenheiro. Dezembro de 1953.  
*Queixa.* — Dôr precordial forte com sensação de desfalecimento.

*Moléstia atual.* — Em dia de Dezembro fomos chamados pela madrugada afim de atender o doente que há 1 hora sentia fortes dôres precordiais com sensação de desfalecimento. A dor era constritiva, muito forte, de séde infraesternal, irradiando-se para os dois braços. Com a dor apareceram suores abundantíssimos, frios e pegajosos. Sensação de morte. Foram ministrados 2 ampolas de trivalerina n. 1 com o espaço de 1 hora. Antes de atendermos o paciente foi-lhe dado a inhalar nitrito de amila sem resultado satisfatório. Após as 2 injeções de trivalerina as dôres desapareceram permanecendo sómente os fenômenos de colapso periférico. O pulso era percebido com grande dificuldade dada a extraordinária baixa da pressão arterial. O estado de colapso periférico durou cerca de 24 horas só melhorando após administrarmos cardiazol em ampolas.

Passados 2 dias o doente tornou-se febril, 38,5° e 39°, durante 5 dias. Apareceram numerosos estertores de base muito fluidos. No terceiro dia verificamos a presença de evidente atrito pericárdico que permaneceu imutável por 8 dias seguidos. A contagem de leucócitos, realizada 2 dias após mostrou a cifra de 23.000 por milímetro cúbico.

As alterações das bases pulmonares desapareceram após 20 dias de repouso. As bulhas cardíacas diminuíram notavelmente de intensidade durante o acesso doloroso e permaneceram assim cerca de 20 ou 30 dias. Após 30 dias de repouso absoluto o doente sentia-se bem. Não mais encontravam estertores nas

bases pulmonares. O fígado era aumentado de volume porém não doloroso. A área cardíaca era muito aumentada, as bulhas diminuídas de intensidade e a pressão arterial marcava as cifras de 120-70. Só nesta ocasião é que nos foi possível realizar o primeiro exame eletrocardiográfico.

*Exame eletrocardiográfico (fig. 26) — Complexos ventriculares pouco amplos de duração igual a 0,06 de segundo. Onda P presente, espaço P-R normal.*

A onda T1 é invertida, T2 é difásico e T3 positivo pouco amplo.

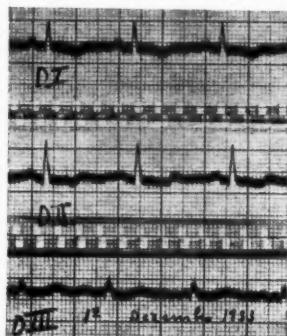


Fig. 26

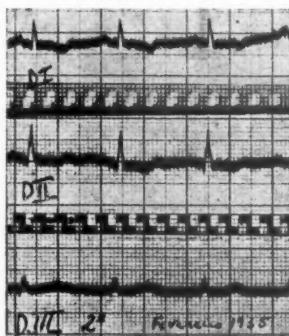


Fig. 27

Após mais 30 dias de repouso na cama (60·após o acidente doloroso), em uso de cila e diuretina por via gástrica e de injeções de iodeto de sódio por via venosa as melhorias se acentuaram e novo traçado eletrocardiográfico mostrou as seguintes alterações (fig. 27) : Onda T1 ainda invertida porém menos ampla. Onda T2 ainda difásica porém menos evidente.

*Diagnóstico. — ENFARTE DO MIOCARDIO (tipo T1 em fase de regressão).*

#### OBSERVAÇÃO N. 4 :

A. B., branca, viúva, italiana, 46 anos, 4-1-1933.

*Queixa. — Leve canseira ao andar com opressão precordial.*

*Moléstia atual.* — Há 6 meses tem canseira quando anda depressa ou quando sobe uma escada. Hontem sentiu-se mal repentinamente com sensação de opressão precordial, falta de ar, suores abundantes e frios, com sensação de desfalecimento. Toda esta anormalidade durou cerca de 15 minutos para depois passar inteiramente. No dia seguinte da crise nada havia de extraordinário pelo exame físico, assinalando-se apenas ligeiro aumento da temperatura (37,1°).

*Antecedentes pessoais.* — Há 4 anos ulcera duodenal tendo se curado após tratamento médico. Sempre teve boa saúde.

*Antecedentes familiares.* — Sem importância.

*Exame físico.* — Tipo brevilíneo, obesa, boa musculatura.

Nada de anormal para o lado do segmento cefálico, a não ser gengivite expulsiva.

Palpa-se a aórtica na fúrcula esternal.

Nada de anormal pelo exame do aparelho respiratório.

Não se consegue palpar o choque da ponta dado o volume excessivo do seio e que também impede a percussão da área cardíaca. Segunda bulha aórtica muito aumentada de intensidade. Pulso rítmico. Arterias moles. P. Sist. 140. P. Diast. 90. (As mensurações anteriores feitas revelavam 160 e 100). A gordura excessiva impede a palpação metódica do abdômen.

*Exames de laboratório.* — Exame de urina . . . . . negativo  
Reação de Wassermann . . negativa.

Dosagem de glicose no sangue. — 1,60 (esta dosagem foi realizada 6 meses antes do acesso).

*Exame radiológico.* — Aumento da área cardíaca e forte hipertrofia do ventrículo esquerdo visto a 70°. Aumento da aórtica que mede 3,3 cms.

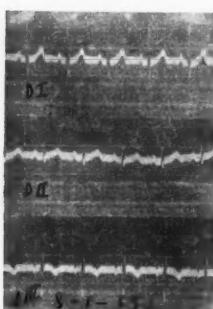


Fig. 28

*Exame eletrocardiográfico* (fig. 28). — Onda P de amplitude normal e invertida em D3. Espaço P-R normal. Complexos ventriculares amplos mais evidentes em D1. Onda Q3 excessivamente ampla. Onda T3 negativa.

Dois meses após novo traçado eletrocardiográfico mostrava as mesmas alterações.

*Diagnóstico.* — PROVAVEL ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Tipo T3 e Q3).

#### OBSERVAÇÃO N. 5 :

R. J. N., branco, 38 anos, lavrador, brasileiro, casado, 2-5-1953.

*Queixa.* — Atualmente nada tem. Vem para exame médico periódico.

*Moléstia atual.* — Há um ano, após esforço muscular muito violento, sentiu forte dor precordial irradiando-se para os dois braços onde dava forte sensação constrictiva. Além disto sentia mau estar geral e forte fraqueza. Passadas algumas horas tudo tinha desaparecido. Nos 3 dias que se seguiram teve leve elevação febril (37,3°) e a contagem de leucócitos demonstrou 15.000 por milímetro cúbico.

Atualmente nada sente, pôde realizar exercícios violentos sem se cansar.

*Antecedentes pessoais.* — Sempre foi muito sadio e forte para o trabalho. Acusa sifilis no passado.

*Exame físico.* — Brevilíneo, forte musculatura, pletórico, adiposidade muito desenvolvida. Nada de anormal para o segmento céfálico.

Palpa-se a aórtica na fúrcula esternal.

Nada de anormal para o lado do aparelho respiratório.

Dilatação da área cardíaca à percussão como também da aorta. Desdobramento permanente da primeira bulha na ponta. Segunda bulha aórtica aumentada de intensidade e modificada no timbre. Pulso regular e rítmico. Arterias moles e depressíveis. P. Sist. 120. P. Diast. 80.

Não se consegue palpar o abdômen, devido à gordura excessiva.

Nada de anormal para o lado dos órgãos genitais e sistema nervoso.

*Exames de laboratório.* — Exame de urina . . . . . negativo.  
Reação de Wassermann . . negativa.

*Exame radiológico.* — Não há aumento da área cardíaca. Aorta dilatada medindo 2,6 cms. na cossza.

*Exame eletrocardiográfico* (fig. 29). — O primeiro traçado eletrocardiográfico tirado após o primeiro acesso doloroso, mostra as seguintes alterações: Ritmo sinusal. Espaço P-R normal. Aumento da duração e anomalia da forma do complexo QRS. Onda Q3 bem evidente. Ondas T2 e T3 invertidas sendo T3 muito nítidas de ápice agudo.

Passados dois anos, um novo traçado eletrocardiográfico (fig. 30) mostrou desaparecimento da onda negativa T2 que se tornou isoelétrica. Diminuição da

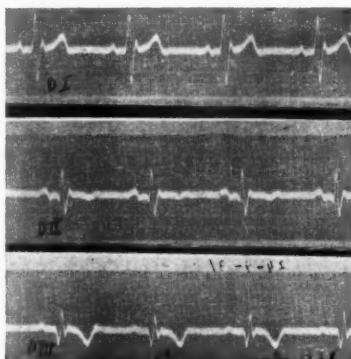


Fig. 29

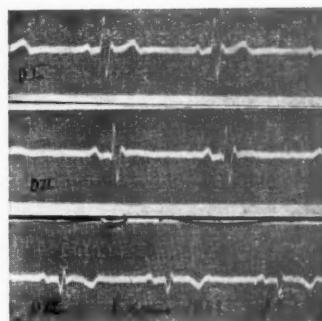


Fig. 30

amplitude de T3 que ainda é invertida. Desaparecimento da onda Q3 e aumento pronunciado da amplitude de S3.

*Diagnóstico. — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Tipo T3 e TQ3).*

**OBSERVAÇÃO N. 6 :**

T. A., 34 anos, casado, branco, brasileiro, 27-2-1934.

*Queixa. — Dôr abdominal.*

*Molestia atual.* — Há cerca de 2 anos o paciente internou-se pela primeira vez na 2.<sup>a</sup> M. H. e daí para cá tem-se internado por diversas vezes queixando-se de palpação particularmente no território da aorta abdominal e de falta de ar aos esforços. A ultima vez que se internara foi em início de 1934. Como estivesse em condições satisfatórias ocupava-se de pequenos serviços da enfermaria. No dia 23-2-1934 (sexta-feira) começou a ter dôr no abdômen, na região da cicatriz umbilical, irradiando-se para os lados, forte, de caráter constritivo, com sensação de endurecimento da parede anterior do abdômen. Nega vômito, perturbações intestinais e urinárias. A marcha fazia piorar de muito a intensidade do dôr. Neste dia não teve febre.

No dia de início da dôr o paciente ainda pôde se ocupar de alguns serviços na enfermaria. No dia seguinte a dôr piorou muito de intensidade aparecendo ainda vômitos freqüentes, sem náuseas e constituídos por uma água esbranquiçada.

Com o aumento da intensidade da dôr deixou de evacuar e assim permaneceu 4 dias apesar de 2 lavagens intestinais.

Passadas as primeiras 24 horas os vômitos desapareceram.

A dôr permaneceu até segunda-feira quando cessou permitindo ao paciente conciliar o sono.

Sabado à tarde apareceu febre de pequena intensidade (37,5°).

*Antecedentes pessoais.* — Moléstias da infância. Gonorréa e cancros venéreos.

*Antecedentes familiares.* — Sem importância.

*Exame físico.* — Tipo mediolíneo, pálido, emagrecido, musculatura pouco desenvolvida, Não há edema nem cianose.

Caries e infecções dentárias. Aórtal palpável na fúrcula esternal. Frêmito e sopro sistólicos na carótida e subclávia.

Estertores subcrepitantes finos e numerosos nas duas bases pulmonares, sem alterações percussórias.

Choque da ponta no 6.<sup>a</sup> espaço, linha axilar anterior, intenso, cupuliforme. Refração sistólica dos espaços intercostais circumvizinhos. Frêmito sistólico palpável no fóco aórtico. Enorme dilatação cardíaca à percussão. Pela ausculta verifica-se a presença de duplo sopro no fóco aórtico, intenso e rude. O sopro sistólico se propaga para os vasos do pescoço e o diastólico para o apêndice xifóide sendo mais intenso no 3.<sup>o</sup> intercosto esquerdo junto ao bordo do esterno. Galope pré-sistólico na ponta. Atrito pericárdico audível na região do esterno à esquerda da linha mediana, na altura da 5.<sup>a</sup> costela, audível nas fases sistólica e diastólica, sem irradiação. Arterias moles. Pulsatilidade, arterial exagerada em todo o corpo, particularmente no território da aórtal abdominal. Pulso ritmico a 90 por minuto. P. Sist. 128. P. Diast. 102.

A palpação abdominal no primeiro dia era muito dificultada pela resistência oposta pela musculatura contraída. No dia 26-2-1934 a palpação era possível verificando-se os segmentos intestinais palpáveis e indolores. Baço não palpável. Figado palpável a 3 dedos do rebordo cortal, duro, doloroso. Aórtal abdominal palpável, pulsatil e dolorosa.

Nada de anormal para o lado do sistema nervoso e dos órgãos genitais.

*Exames de laboratório:*

Exame de urina: Albumina — traços evidentes. Sedimento com cilindros hialinos e células epiteliais descamadas.

Exame de fezes: negativo.

Reação de Wassermann: negativa no sangue e positiva no líquido céfalo raquidiano.

*Exame hematológico:*

Contagem global de hemacias . . . . . 3.590.000

Contagem global de leucócitos . . . . . 25.000

*Exame radiológico.* — Aumento pronunciado da área cardíaca e da aórtal.

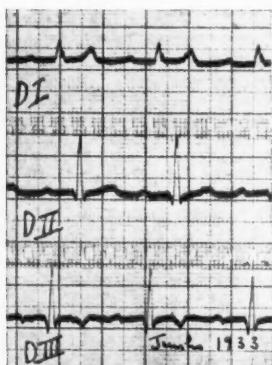


Fig. 31

*Exame eletrocardiográfico.* — Só conseguimos obter o primeiro traçado (fig 32) no dia 27-2-1934 (4 dias após o início das dores) que revelou nítidas alterações eletrocardiográficas. Devemos comparar os traçados atuais com um outro tirado alguns meses antes e que transcrevemos (fig. 31). Comparando os dois traçados poderemos ver que o eletrocardiograma tirado em 22-2-1934, 4 dias após o acesso doloroso revela as seguintes alterações: Diminuição da amplitude de T1. Difasia de T2 e arqueamento do segmento RS-T. T3 nítidamente invertida com arqueamento muito evidente do segmento RS-T. Aumento da amplitude de Q3. Ritmo sinusal. Aumento da condução A-V.

Em 2-3-1934 foi tirado novo traçado eletrocardiográfico (fig. 33) que mostrava: Ligeiro

aumento da amplitude de R1, diminuição de R3, e nítido espessamento no ápice de R2. Desaparecimento do arqueamento do segmento RS-T em D2 e diminuição da amplitude de T que é quasi isocelétrica. Diminuição do arqueamento de RS-T em D3 com ligeiro aumento da amplitude de T que é invertida, onda Q3 nitidamente aumentada de amplitude.

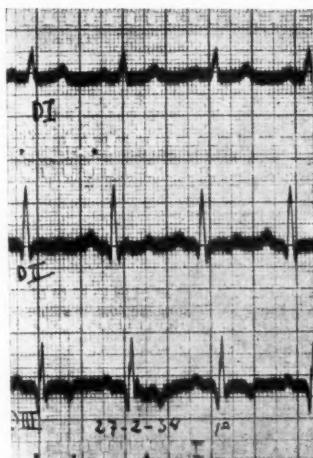


Fig. 32

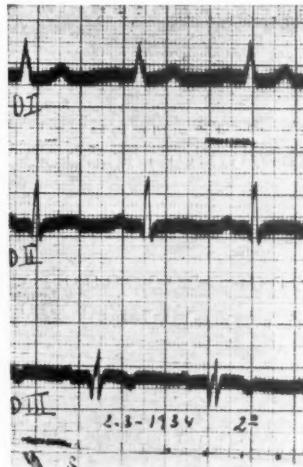


Fig. 33

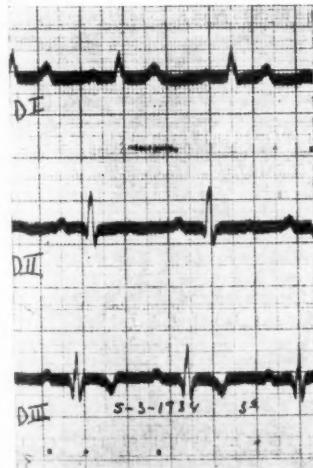


Fig. 34

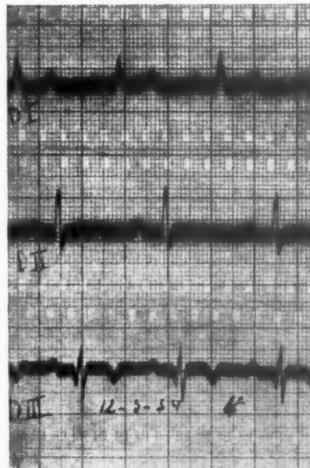


Fig. 35

O traçado do dia 5-3-1934 evidencia (fig. 34) : Ligeiro arqueamento de concavidade para cima do segmento RS-T em D1. Onda T2 isoeletélica. Diminuição evidente do arqueamento de RS-T em D3. Diminuição de R3 e permanência de S3 com a mesma amplitude.

No dia 12 o traçado eletrocardiográfico ainda demonstrava alterações (fig. 35) : Esboço de uma onda T invertida em D2. Desaparecimento do arqueamento de RS-T em D3. Aumento evidente de S3 e diminuição de Q3 e R3.

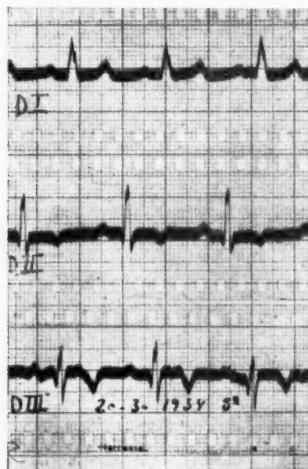


Fig. 36

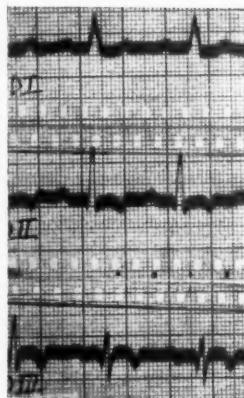


Fig. 37

Em 20-3-1934 tiramos novo traçado eletrocardiográfico que apresentava as seguintes modificações (fig. 36) : Aparecimento de nítida onda T invertida em D2. Aumento evidente da amplitude de T3. Espaço RS-T isolelétrico em D5. Diminuição mais acentuada de Q3, permanência da amplitude de S3 e ligeiro aumento de R3.

No dia 20-4-1934 novo traçado eletrocardiográfico demonstrava as seguintes alterações (fig. 37) : Onda T2 ainda invertida. Diminuição de T3 que voltou à amplitude inicial. Diminuição de Q3. S3 ainda permanece amplo.

Foi este o último traçado eletrocardiográfico que conseguimos pois o doente pediu sua alta em 26-4-1934.

Durante a permanência do paciente na enfermaria, realizamos mais 3 contagens de hematias e leucócitos, cujos resultados e datas de pesquisas passamos a transcrever :

	CONTAGEM GLOBAL DE HEMATIAS	CONTAGEM GLOBAL DE LEUCÓCITOS
Dia 5-3-1934 . . . .	4.860.000	11.900
Dia 20-3-1934 . . . .	4.750.000	9.600
Dia 20-4-1934 . . . .	4.000.000	7.200

O doente permaneceu febril até o dia 4-3-1934.

No dia 2-3-1934 observamos desaparecimento do atrito pericárdico. Os fenômenos de estase pulmonar estavam totalmente desaparecidos no dia 1-3-1934.

*Diagnóstico. — INSUFICIÊNCIA AÓRTICA. MIOCARDITE. ENFARTE DO MIOCÁRDIO.* (Tipo T3 e Q3, com onda coronária em D2 tardia e em D3 precoce, alterações evidentes da onda Q3).

OBSERVAÇÃO N. 7 :

X'. Y', branco, 51 anos, casado, brasileiro, 17-10-1934.

*Queixa. — Canciceira aos esforços.*

*Moléstia atual.* — Há cerca de 1 mez accordou-se à noite sentindo mal estar epigástrico que aumentou progressivamente de intensidade, irradiando-se para a região retro-esternal e braços, dando a sensação de frouxidão. Tentou levantar-se peiorando. Chamou um médico que diagnosticou cólica hepática e injetou uma ampola de pantopon que fez desaparecer a dor, dormindo quasi seguidamente durante 2 dias. Passadas as primeiras 24 horas teve febre a 38° durante 3 dias e ficou subictérico. Tratou-se do fígado. Não melhorou. Sentia-se cada vez mais cansado e se realizava uma marcha mais apressada cançava-se muito sentindo uma opressão na garganta que o sufocava e o obrigava a parar.

Após as refeições sentia peso no estômago e sensação de grande plenitude.

*Antecedentes pessoais.* — Saudade bôa, acusava apenas deficiência hepática, sentindo com freqüência peso no epigástrico que melhora com colagôgicos. Era colêmico permanente. Nega antecedente venéreo.

Há cerca de 3 anos sofreu um exame clínico completo com provas de laboratório, inclusive medida da área cardíaca e eletrocardiograma.

O traçado eletrocardiográfico era normal em contornos, apresentando sómente uma aritmia devido a extrasistole nodal.

*Antecedentes hereditários.* — O pai faleceu de angina de peito.

*Exame físico.* — Tipo mediolônio, musculatura forte, estado de nutrição bom. Dispnéa de esforço evidente, não existindo em decúbito. Não há cianose. Para o segmento céfálico verifica-se subictericia, falhas dentárias e piorréa.

Não se palpa a aorta na fúrcula e sente-se a tireoide não aumentada.

*Torax.* — a) Aparelho respiratório : Esteriores subcrepitantes grossos na base esquerda.

b) Aparelho circulatório : Choque da ponta no 6.º espaço, linha axilar anterior. Aumento da área cardíaca à percussão e da aorta.

Primeira bulha diminuída de intensidade. Pulso ritmico, pouco tenso. Artérias moles. P. Sist. 110. P. Diast. 90 (Há 3 anos media 130 a pressão sistólica).

*Abdômen.* — Intestinos palpáveis e indolores.

Fígado aumentado de volume, sendo o lóbulo esquerdo muito doloroso à pressão.

*Órgãos genitais e sistema nervoso.* Nada de anormal.

*Exames de laboratório :*

*Exame de urina :* Albumina — traços, células epiteliais e alguns cilindros no sedimento.

*Intubação duodenal :* Foram obtidas as 3 biles que não mostravam alterações, sendo limpidas e a cultura foi negativa.

*Raios X :* Aumento da área cardíaca muito evidente.

*Eletrocardiograma (fig. 38).* — Onda P presente nas 3 derivações sendo a difásica e larga em D2. Espaço P-R mede 0,18. Complexo QRS alargado, medindo 0,10 em D2. Incisuras no ápice de R1 e espessamento no ápice de R3. Onda T1

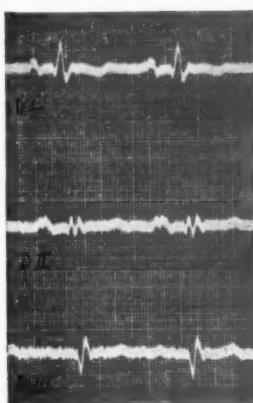


Fig. 38

invertida, sendo T2 e T3 positivas e de pequena amplitude. Q3 muito pronunciado. Predominância esquerda. Sinais de miocardite.

*Evolução.* — Passados 5 dias o paciente teve novo acesso de dôr epigástrica com sensação de constrição retro-esternal, não intensa e forte sensação de frouxidão nos dois braços. Pensou que iria perder os sentidos. Sentiu grande mau estar com suores frios abundantes, pegajosos que muito o incomodavam. Extrema palidez. Melhorou com duas ampolas de sedol. Passadas algumas horas apareceram escarros hemoptóicos e muitos estertores nas duas bases. A pressão arterial caiu para 100 e 80. O pulso era rítmico a 100 por minuto e a temperatura marcava 35,8°.

No dia seguinte apareceu febre de 37,5°, que subiu posteriormente a 38,5° e permaneceu 5 dias consecutivos.

Os escarros hemoptóicos permaneceram durante 2 dias.

Passados 3 dias do acesso doloroso apareceu forte atrito pericárdico audível na região meso-esternal durante 5 dias consecutivos.

A contagem de leucócitos mostrou a taxa de 15.000 por milímetro cúbico após o quarto dia do acesso doloroso.

Administraramos 50 gotas de digitalina em duas doses e aplicamos ventosas sarjadas nas duas bases.

Após um mês de repouso tendo melhorado do estado pulmonar e o fígado tendo diminuído de volume, foi permitido ao doente levantar-se do leito. Passadas 48 horas o paciente começou a se sentir nauseoso sem dôr no estômago. Esta náusea permaneceu 48 horas e passados 4 dias a temperatura subiu a 38° e apareceu novo atrito pericárdico o que demonstrava novo enfarte miocárdico.

Após mais 30 dias de repouso pôde o paciente levantar-se e durante 50 dias permaneceu de pé relativamente bem. Passado esse período sobreveio astistolia persistente irredutível a todo o tratamento, terminando por um enfarte pulmonar seguido de derrame pleural hemorrágico que posteriormente supurou.

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Diagnóstico clínico). (Tipo T1 e Q3, em regressão, visto que não foi mais possível obter novo traçado eletrocardiográfico após os dois outros enfartes).

#### OBSERVAÇÃO N. 8 :

E. C. M., branco, 68 anos, casado, Janeiro de 1935.

*Queixa.* — Dôr precordial.

*Molestia atual.* — Há 6 meses tinha, por vezes, crises de dores gástricas de intensidade moderada com eructações e azia.

No dia 22-1-1935, pela manhã, começou a sentir dôr na região epigástrica, que aumentou progressivamente de intensidade a ponto de pela madrugada atingir grande intensidade. Nesta ocasião a sede de dôr era predominantemente precordial, de caráter constritivo, grande mal estar e sensação de morte iminente. O médico assistente administrou uma ampola de trivaleriana com o que a dôr passou inteiramente. No dia seguinte o doente acusava grande sensação de mal estar e o exame físico revelava: Indivíduo velho. Leve subicterícia. Suores frios abundantes. Ausência de dentes. Não se palpa a aórta na fúrcula esternal. Enfizema pulmonar pronunciado com alguns poucos estertores subcrepitantes nas bases. A percussão cardíaca extraordinariamente dificultada pelo enfizema. P. Sist. 80. P. Diast. 60. Fígado palpável e indolor. Segmentos intestinais palpáveis e indolores. A palpação do epigástrico desperta leve dôr ao paciente.

Neste dia tiramos um traçado eletrocardiográfico. Prescrevemos cardiazol e aquecimento da cama do paciente.

No dia seguinte sobreveio vômitos com náuseas contínuas e forte meteorismo. Uma lavagem intestinal realizou a exoneração dos intestinos de maneira satisfatória.

Passadas 48 horas o paciente teve novamente sensação de constrição precordial com muita dispneia que motivou o uso de nova dose de ópico que trouxe pronto alívio. Nas seguintes 24 horas apareceu febre (37,5°), e leucocitose (19.000 leucócitos por milímetro cúbico). A pressão arterial manteve-se sempre baixa. Muitas náuseas com vômitos seguidos. Preconisamos sôro glicosado hipertônico e cloretado a 20% tendo melhorado as náuseas. A pulsão arterial chegou a subir para P. Sist. 90 e P. Diast. 70. Neste dia, após um novo acesso de dôr precordial, o paciente faleceu.

*Exames de laboratório :*

Exame de urina : Albumina - traços  
Açúcar - ausente  
Pigmentos biliares - leves traços.

Contagem global de leucócitos : 19.000 por milímetro cúbico.

*Eletrocardiograma* (fig. 39). — Rítmico sinus. Espaço P-R normal. Onda monofásica de Pardee, muito nítida nas 3 derivações, do Tipo T3 de Parkinson e Bedford.

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Onda monofásica de Pardee, tipo T3 de Parkinson e Bedford).

OBSERVAÇÃO N. 9 :

M. F. B., branca, feminino, 50 anos, viúva, Janeiro de 1935.

*Queixa.* — Crises de palpitações.

*Moléstia atual.* — Há muitos anos sofre a paciente de crises de palpitações com forte taquicardia, que aparece sem causa aparente.

Em 1934 examinamola pela primeira vez e verificamos a existência de hipertireoidismo com evidente aumento do metabolismo basal (40%). Prescrevemos repouso e Lugol. Como não houvesse melhora foi a paciente operada em Junho de 1934 pelo Dr. Alípio Correia Netto. Após a operação passou bem uns 3 ou 4 meses quando novamente reapareceram as crises de taquicardia com os mesmos características. O metabolismo basal mostrava-se ainda aumentado. Prescrevemos repouso e novamente Lugol. Passados 2 meses de repouso a paciente passou a acusar acessos de taquicardia que apareciam de modo diferente, isto é, os batimentos cardíacos eram irregulares. Assistimos a uma destas crises e verificamos tratar-se de fibrilação auricular. Nesta ocasião o exame da paciente revelou : cianose dos lábios, dispneia, piorréa e faringite crônica. Tireóide ainda palpável. Aorta palpável na fúrcula esternal, forte enfisema pulmonar com estertores numerosos nas duas bases, dilatação cardíaca, bulhas bem batidas sendo as duas pulmonares muito intensas. P. Sist. 170. P. Diast. 90. Fígado palpável e um pouco doloroso. Não havia edema.

Em Janeiro a paciente teve uma crise de grande mal estar retro-esternal, com sensação de desfalecimento, escarros hemoptóicos, pulso rápido e queda da pressão arterial (P. Sust. 120. P. Diast. 70). Injetamos uma ampola de trivalerina que trouxe pronta melhora. Passados dois dias a paciente acusou febre de 37,8° e a ausculta revelou a existência de um sopro sistólico que antes não era existente.

Passados 20 dias tiramos o traçado eletrocardiográfico. Nesta ocasião já a pressão arterial tinha voltado à cifra habitual e o sopro sistólico havia desaparecido totalmente.

Não conseguimos o exame hematológico.

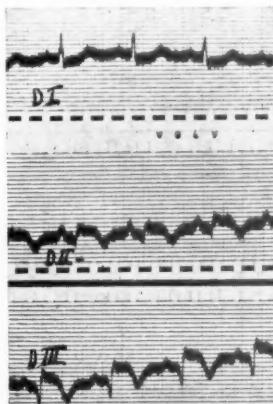


Fig. 39

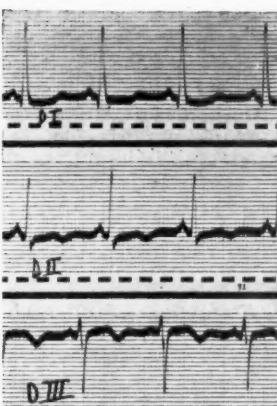


Fig. 40

O eletrocardiograma revelou as seguintes alterações (fig. 40). — Ritmo sinusal. Espaço p-R normal. Onda  $P$  positiva nas 3 derivações. Complexo QRS amplo nas 3 derivações com incisura apical em D1 e D3, e duração de 0,10. Segmento RS-T levemente côncavo em D1 e convexo em D2 e D3, onda T invertida em D2 e D3, sendo mais ampla nesta última derivação.

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Tipo T3 de Parkinson e Bedford, em fase de regressão, visto serem muito leves as alterações do segmento RS-T). HÍPERTIREOIDISMO.

#### OBSERVAÇÃO N. 10 :

E. A., branco, casado, brasileiro, 42 anos.  
23-11-1934.

*Queixa.* — Mal estar precordial.

*Moléstia atual.* — Sempre foi sadio. Há cerca de 5 dias sentiu um forte mal estar precordial acompanhado de tontura e com sensação de frouxidão geral. Nesta ocasião havia leve taquicardia e suores abundantes. Há cerca de 1 ano sente dispneia e palpitação quando realiza esforços físicos maiores.

*Antecedentes pessoais.* — Moléstias da infância. Wassermann. Hemorróides. Come muito e usa do álcool.

*Exame físico.* — Bôa constituição esquelética e muscular. Nutrição bôa. Nada de anormal para o lado do segmento céfálico.

Palpa-se a aórtica na fúrcula esternal. Tireóide não aumentada de volume. Nada de anormal pelo exame dos pulmões.

Não há aumento da área cardíaca à percussão. Ictus no 5.º espaço, fraco, mal percebido.

Segunda bulha aórtica aumentada de intensidade.

Pulso rítmico. Artérias moles. P. Sist. 140. P. Diast. 80.

Fígado palpável a 2 dedos do rebordo, não doloroso. Nada mais verificamos para o lado do abdômen.

*Exames de laboratório :*

*Exame de urina :* negativo.

*Exame radiológico.* — Área aumentada de 29 % em relação ao peso. Aorta mede 2,6 cms.

*Exame eletrocardiográfico* (fig. 41). — Ritmo sinusal. Onda  $P$  visível nas três derivações sendo negativa em D2 e D3. Espaço P-R igual a 0,16 de segundo. Complexo QRS de amplitude aumentada, com duração de 0,08 de segundo, com incisuras em S2 e S3. Ondas T2 e T3 difásicas. Espaço RS-T era isoeletroico, sendo nitidamente convexo para cima em D2.

*Comentários.* — O paciente após 15 dias foi novamente examinado ao eletrocardiógrafo e o traçado (fig. 42) revelava diferenças acentuadas do primeiro. Assim, havia desaparecimento da convexidade do espaço RS-T em D2; a onda T2 tornou-se positiva, tendo desaparecido a difásia e a onda T3 ficou isoeletroica. Notam-se ainda algumas alterações na amplitude de QRS.

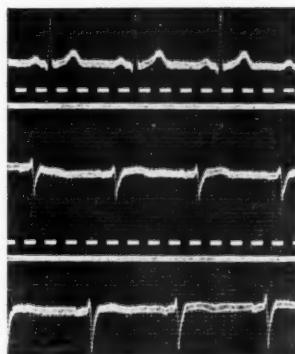


Fig. 41

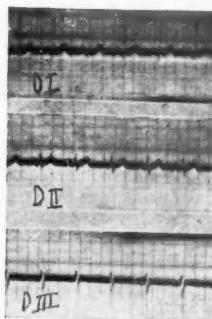


Fig. 42

Em face destas alterações eletrocardiográficas e, particularmente, das mutações observadas em 15 dias, podemos quasi afirmar a existência de enfarte do miocárdio.

*Diagnóstico. — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Tipo 3 (pouco típico). AORTITE.*

**OBSERVAÇÃO N. 11 :**

P. P. G., branco, casado, brasileiro, 44 anos, 2-4-1935.

*Queixa. — Tonturas e dôr precordial.*

*Moléstia atual. —* Há 4 anos teve fortes tonturas. Nesta ocasião o Wassermann foi positivo e tendo desaparecido após 6 meses de tratamento. No dia 24-3-1935 teve intensa dôr precordial, constrictiva, irradiando-se para os dois braços onde dava a sensação de enfraquecimento pronunciado. A dôr foi acompanhada de suores frios abundantes. Ficou muito pálido. Melhorou após 2 ampolas de Sedol.

Passadas 24 horas teve novo acesso semelhante. Não informa se teve febre após o acesso, entretanto, não usou o termômetro.

Daí para cá toda vez que realiza qualquer exercício muscular tem dôr pré-cordial constrictiva, com dispneia, obrigando-o a parar.

*Antecedentes pessoais. —* Wassermann + e antecedente luético. Sempre foi muito sadio.

*Exame físico. —* Obeso, de pequena estatura. Forte musculatura. Tipo brevilíneo.

*Gânglios axilares e epitrocleanos.*

Nada de anormal para o lado do segmento céfálico a não ser infecções dentárias numerosas.

Palpa-se a aorta na fúrcula esternal. Tireóide não aumentada de volume. Alguns estertores subcrepitantes nas duas bases.

Aumento evidente da aorta e pequeno da área. choque da ponta no 6.º intercosto um pouco para fora da linha mamilar, não intenso. Segunda bulha aórtica aumentada de intensidade e alterada no timbre. Primeira bulha fraca na ponta. Pulso rítmico. Artérias endurecidas. P. Sist. 160. P. Diast. 100.

Figado aumentado de volume, a 1 dedo do rebordo, não doloroso. Abdômen d'istendido.

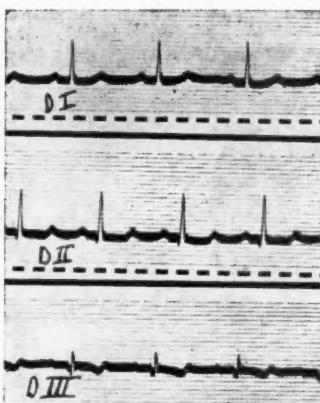


Fig. 43

*Exames de laboratório:*

Exame de urina: negativo.

Exame de fezes: negativo.

Reação de Wassermann: positivo.

*Exame radiológico.* — Não há aumento da área. A aorta mede 3 cms. ao nível da crosse.

*Exame eletrocardiográfico* (fig. 43). — Rítmico sinusal. Onda P visível nas 3 derivações sendo difásica em D3. Espaço P-R igual a 0,16 de segundo. Complexo QRS de amplitude moderada, com espessamento nas linhas de descida de R1 e R2. Onda T positiva em D1, difásica em D2 e em D3. Espaço RS-T côncavo para cima em D1 e D2, sendo oblíquo de cima para baixo em D3 ("reliquat" da onda monofásica de Pardee).

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Tipo T3 em regressão da onda monofásica de Pardee — onda T coronária). AORTITE.

## OBSERVAÇÃO N. 12:

E. C., branco, casado, brasileiro, 43 anos, 1-2-1935.

*Queixa.* — Inchação, dôr e peso no epigástrico e falta de ar há 1 ano.

*Moléstia atual.* — Sua doença data de 10 anos. A primeira vez que ficou doente foi em 1924 tendo: inchação no epigástrico, falta de ar à noite, dispneia de esforço. Internou-se na 2.ª M. H. durante 1 mês. Saíu com diagnóstico de uma lesão cardiorrenal. Voltou ao trabalho. Passaram-se 9 anos, no fim dos quais, começou a sentir-se doente novamente, com os seguintes sintomas: inchação e peso no epigástrico, que peiorava com a alimentação; falta de ar à noite e dispneia de esforço. Esteve internado por duas vezes na 2.ª M. H. Após a alta não continuou bem, vindo cada 10-15 dias à Santa Casa buscar remédios. Há 15 dias peiorou: maior peso e maior inchação no epigástrico e edema nos pés. Procurou este serviço.

*Interrogatório dos aparelhos.* — Pouca céfaléa há 20 dias; perdeu o apetite; oliguria e nicturia (3-4 vezes); urina turva.

*Antecedentes.* — Emagreceu com a moléstia; bebia  $\frac{1}{2}$  garrafa de pinga ao dia; largou de beber há 10 anos. Teve gonorréa aos 20 anos; teve tifo aos 10 anos e moléstias da infância sem complicações. Há 2 anos teve um ataque; começou com céfaléa, ficando 5 horas desacordado com ataque, quando acordou tinha a língua pouco enrolada; internou-se na 2.ª M. H. onde fizeram-lhe 2 sangrias. Não teve perturbações motoras para o lado dos membros.

*Exame físico.* — Doente de aspecto abatido; mucosas pouco coradas, cianose dos lábios; edema dos membros inferiores e do abdômen pouco acentuados. No segmento facial: assimetria facial com desvio da boca para a direita, apagamento do suco naso-geniano E; desvio da ponta da língua para a D. Para o lado do segmento céfálico nada digno de nota.

*Torax.* — A' impecção estática nada digno de nota. Inspeção dinâmica: igual expansão dos hemitoraces. Litten em ambos os lados; Lemos Torres negativo. Tiragem supra-clavicular, supra-esternal e dos primeiros intercostos.

*Percussão.* — Nada.

*Ausculta.* — Base direita respiração diminuída, estertores fluidos em ambas as bases. Cheyne Stoke : 34 por minuto.

*Aparelho cardiovascular.* — Coração : Ictus cordis no 6.º intercosto, 2 dedos fóra do mamilo, fraco e difuso. Palpação : ruído de galope. Percussão : área grandemente aumentada. Ausculta : abafamento evidente da primeira bulha na ponta ; sopro sistólico doce no 4.º intercosto, a um dedo para dentro do mamilo ; ruído de galope ; segunda bulha aórtica de timbre modificado. Pulso : 84 rítmico e cheio. Pressão arterial : 14,6×10,0. Artérias pouco endurecidas.

*Abdômen.* — Abaulamento pouco pronunciado ; nota-se na região epigástrica, acima da cicatriz umbelical, grande proeminência (2 dedos acima do nível do esterno) ; pulsões sistólicas do epigástrico.

Palpação : céco palpável gargarejante ; transverso pouco doloroso, gargarante pouco acima do umbigo, sigmoíde doloroso e duro. Percussão : timpanismo generalizado. Fígado : bordo superior no 4.º espaço, bordo inferior duro, de bordo rombo, a 4 dedos do rebordo, muito doloroso. Baço percutível, não palpável.

Órgãos genitais externos, nada digno de nota.

Sistema nervoso : cremastérico esquerdo diminuído e direito abolido ; tendinosos dos membros inferiores bastante diminuídos ; não há Aquileano. Babinsky e Romberg — ausentes.

*Evolução.* — Dia da internação : 2-2-1935. Entrou com 106 de pulso regular e fraco, com pressão arterial de 14,6 e 10,6 pesando 58,200.

Ruído de galope ; respiração Cheyne Stokes com apnéia de 25''. Foi dado pela manhã 50 gotas de digitalina. A tarde notou-se que o fígado que estava a 4 dedos tinha diminuído de 1 dedo ; à pressão arterial achava-se 14,0×10,0 ; o pulso ficou a 96 R. e fraco.

3-2-1935 : 25 gotas de digitalina. Pulso, 90. Pressão arterial : 13,0×10,2. Peso : 56,800. Sente-se bem melhor. Galope.

4-2-1935 : Pressão arterial, 14,6×10,0. Peso, 54.490. Galope.

5-2-1935 : Pressão arterial, 12,8×10,2. Peso, 52,800. Uréa no sôro : 0,60 por mil. Exame de urina : albumina, 1007 com cilindros hialinos e granulosos Desapareceram os estertores dos pulmões. Continuou o doente a tomar cada 7 dias 75 gotas de digitalina ; passou daí por deante a pesar 50,600 grs. com pequenas variações. O fígado permanece atualmente a 1 dedo do rebordo, pouco doloroso.

Após 15 dias de tratamento digitalico, verificou-se pela ausculta do coração melhor audibilidade da primeira bulha na ponta ; desaparecimento do sopro sistólico no 4.º intercosto à esquerda. Não desapareceu o galope, sómente desaparecendo depois de 20 dias de internação do doente. No dia 14 o doente estava pouco sonolento : dosagem da uréa, 0,780 por mil ; fígado a um dedo do rebordo.

No dia 18 teve dôr no precórdio, localizada no 2.º e 3.º intercosto esquerdos, de intensidade fraca, com irradiação primeiro verticalmente para baixo até abaixado do rebordo costal, e mudando depois para um tipo de dôr em faixa desde o epigástrico até a linha axilar anterior ; teve náuseas por 2-3 vezes sem vômitos. Duraram 5 minutos estas perturbações. A' ausculta dos pulmões — nada digno de nota ; não tem mais galope.

Até o dia 27 passou mais ou menos bem e sem perturbações.

No dia 28 sentiu forte dôr no precórdico, que durou 15 minutos ; não teve irradiação.

Notou-se que a eliminação de urina diminuiu pouco mais da metade do líquido que bebe nas 24 horas. Começou-se a fazer Salirgan e sôro glicosado hipertônico a partir do dia 10-3-1934 após novo resultado e uréa no sôro : 120 por mil.

Dia 11-3 : notou-se irregularidade de pulso, que desaparecia com o exercício, na frequência de 112, que durou até o dia 15, que desapareceu com o tratamento digitalico.

No dia 15, o pulso do doente era filiforme, com pressão arterial 11,9×9,8 ; tinha vomitado 3 vezes ; foram feitos 2 cardiazol.

Dia 16: Novo exame de uréa: 1,40 por mil. Pela manhã o doente vomitou uma vez. Indo à privada, sentiu dôr na região epigástrica, de caráter constritivo, cada vez mais crescente, até atingir um máximo, sem irradiação e localizada no epigástrio. O doente foi transportado para o leito. Pelo exame feito, encontramos extremidades frias, pouco suadas, a face exprimindo dôr, achava-se fria e molhada de suores frios. Pulso filiforme dificilmente perceptível; não conseguimos tirar a pressão arterial; não se conseguiu auscultar o coração pois não se ouvem bulhas; não havia atrito.

Terapêutica — 2 cardiazol; 1 morfina.

Após 45 minutos de dôr, o doente está mais calmo, e a dôr diminuiu muito. A auscultação revela atrito pericárdico no fóco mitral; pulso 104 irregular. Pressão arterial — 5,7×4,0. Temperatura, 36,8°. Hemo-sedimentação — 88 milímetros. Contagem — 8.225 leucócitos por milímetro. No dia 19 o pulso era de 44; passou bem.

Dia 22: teve o doente dôr, abaixo do rebordo costal esquerdo, na direção do mamilo, fraca, sem irradiação; durou 5 minutos. Não teve outros sintomas.

Dia 27: o doente sentiu grande sensação de mal estar, com suores frios abundantes e escurecimento da vista. Ficou 20 minutos nesse estado; não teve vômitos. Uréa no sôro. — 0,95 por mil. Pressão — 15,0×8,0.

Dia 30: teve dôr no precôrdio, fraca, com irradiação para o epigástrio; não teve náuseas ou vômitos; não teve suores; durou 20 minutos. Pressão — 13,2×6,8. Pulso — 48.

Dia 1-4: Novamente teve dôr no precôrdio, com irradiação para o epigástrio, teve poucas náuseas e pouca tontura. Durou mais ou menos meia hora. Pressão arterial — 15,0×9,2.

Dia 4-4: Teve dôr no precôrdio, de fraca intensidade, localizada, que durou 5 minutos; teve suores frios e tremores; os tremores desapareceram após 10 minutos e os suores depois de meia hora. Pressão — 14,2×9,6.

Dia 6-4: O doente acordou de madrugada com forte dôr no precôrdio em 2 pontos (apêndice xifóide e 3.º intercosto esquerdo). Não teve irradiação, suores nem vômitos. Pressão — 15,0×9,6. Pulso — 100.

Dia 7-4: Permaneceu durante todo o dia com dôr no precôrdio, fraca, dôr essa que desapareceu à tarde.

Dia 10: Teve céfaléa durante todo o dia.

Dia 11: Dosagem da uréa: 0,70 por mil.

Dia 15: O doente teve alta a pedido, com 88ed pulso, 16 movimentos respiratórios. Cheyne Stokes, e 16,4×10,0 de pressão arterial.

Esteve internado de 1-2-1935 a 15-4-1935.

Deu entrada novamente na 2.ª M. H. após 1 ½ mês que teve alta, em 4-6-35, queixando-se de dôr no precôrdio e algumas vezes palpitação ao coração, há 1 mês e 15 dias.

*Moléstia atual.* — Após sua alta, passou bem durante 15 dias, seguindo os conselhos médicos, de repouso e regime alimentar (sem sal e sem carne). No fim desse tempo, após o almoço, meia hora mais ou menos, começou a sentir dôr no precôrdio, de fraca intensidade, ao nível do mamilo esquerdo, irradiando-se para o rebordo costal e epigástrico do mesmo lado. Essa dôr foi aumentando de intensidade até 5 minutos após quando atingiu o máximo de intensidade, comparando essa dôr, com "alguma coisa que lhe apertava ou puxava o coração"; peiorava com a posição de decubito lateral esquerdo e melhorava com o direito. Após 5 minutos desaparecia. Nega vômitos ou náuseas, suores, etc. Essa dôr era semelhante em tudo aquela que teve quando internado da última vez. Teve diariamente essa dôr com os caracteres já descritos, durante 5 dias; passou mais 5 dias bem sem nada sentir. Após 10 dias do aparecimento inicial da dôr, ela voltou, mas à noite com maior intensidade, com localização, irradiação e caracteres idênticos, acompanhada de fortes palpitações. Desse tempo para cá vem tendo essa dôr diariamente e sómente à noite, após ½-1 hora do jantar. Há 15 dias

a dôr do precôrdio foi tão forte que provocou náuseas, não referindo suores; teve ainda um amortecimento que ia do terço superior externo do músculo grande peitoral do lado esquerdo até 4 dedos abaixo da articulação escapulo-humeral esquerda, na face antero-interna; não tinha sensação dolorosa com o beliscar ou palpar, pois parecia-lhe "morta" essa zona e para que pudesse sentir pouco, era necessário que os beliscões fossem muito fortes. Após 10 minutos a dôr foi diminuindo até desaparecer juntamente com o amortecimento. Refere que a dôr tem dias que é mais forte e outros menos, mas que aparece sempre após as refeições. Há 6 dias tem cefaléa, que se inicia como um "arranco", que vai do pescoço para cima, tomando toda a cabeça e que dura 10-15 minutos; a dôr é intensa logo de início e não sofre modificação na sua intensidade durante todo o tempo em que permanece; desaparece lentamente no fim de meia hora, ou então diminuiu muito no fim desse tempo permanecendo a cabeça pesada. Tem 2 vezes ao dia essa dôr. Nega vômitos, tonturas, diplopia e zumbidos nos ouvidos.

Interrogado se durante todo o tempo que esteve em casa teve edemas e falta de ar, nega. Engordou 3.500 grs.

*Interrogatório dos aparelhos.* — Nada refere, fóra do que se obteve na anamnese.

*Exame físico.* — Peso: 56,800 gramas. Nada encontramos digno de nota para o lado do segmento céfálico, bem como para o lado dos pulmões.

*Aparelho circulatório.* — Ictus cordis no 6.º intercosto, 2 dedos para fóra da linha mamilar; nota-se a retração sistólica ao nível do apêndice xifóide. Palpação: ictus no ponto referido, localizado; não há frêmito. Percussão: aumento da área. Ausculta: abafamento da primeira bulha na ponta; segunda áortica clangorosa.

Pressão arterial: 14,8×11,2. Pulso - 88 reg. em tempo e em amplitude.

*Abdômen.* — Abaulado sem circulação colateral ou edema. Refração sistólica no epigástrico. Palpação generalizada provoca dôr ao nível da região umbilical à direita.

Céco palpável, gurgarejante; transverso palpável pouco doloroso; palpa-se o sigmaíde duro como um cordão; grande curvatura do estômago palpável. Fígado: bordo superior no 6.º intercosto; bordo inferior palpável no epigástrico a 3 dedos abaixo do apêndice xifóide, fino e pouco doloroso. Baço não percutível nem palpável.

*Sistema nervoso.* — Nada de anormal.

*Evolução.* — Do dia 4-6-1935 ao dia 9, passou regularmente bem, com pouca cefaléa. Reação de Wassermann negativa (4-7-1935).

Dia 10: queixou-se de dôr forte no precôrdio, com as mesmas localizações, sem irradiação, que iniciou bruscamente como pontada; durou toda a noite com a mesma intensidade. Só pela manhã a dôr diminuiu de intensidade. P. arterial - 15,2×10,0.

Dias 11 e 12: O doente tem passado bem, tomando teobromina. A dôr desapareceu. Pressão arterial - 14,0×11,0.

Até o dia 17 o doente passou bem, com pouca cefaléa.

Dia 17: Sentiu cefaléa e pouca tontura. 0,60 por mil de uréa..

Dias 18, 19 e 20: O doente vem tendo cefaléa diariamente, sem náuseas nem vômitos; a cefaléa é de localização frontal, às vezes fraca e outras forte, como pancadas. A's vezes tem pequena dôr no precôrdio.

Daqui até 7 do mês de Julho, tem passado regularmente bem, aparecendo às vezes dôr no 2.º e 3.º espaços intercostais esquerdos, fraca, e outras vezes não, mas tendo diariamente cefaléa de fraca intensidade e tonturas.

Dia 11: Continua com cefaléa e pouco de tonturas. Há 4 dias (desde 8 até 11) vem tendo diarréia, evacuando 3-4 vezes ao dia, fezes amarelas claras, não fétidas, sem tenesmos. Céco e hemicôlon transverso direito dolorosos; os outros segmentos intestinais não dolorosos. A região epigástrica é dolorosa; palpa-se a grande curvatura do estômago.

Pressão arterial - 15,0×10,0. Pulso - 80, regular em tempo e em amplitude.

Dia 12 : Queixa-se de cefaléa ; continua evacuando fezes moles e 2 vezes ao dia. Pressão arterial - 14,4×12,0. Pulso - 100.

Dia 13 : Continua evacuando 2-4 vezes ao dia ; tem cefaléa fraca generalizada e tonturas. Teve na noite de 12 pequena dôr no precôrdio, que durou meia hora mais ou menos com os caracteres das vezes anteriores ; não teve irradiação. Pressão arterial - 13,4×11,0. Pulso - 92 reg. em T. e A.

Dia 15 : Está pouco melhor da cefaléa ; continua evacuando 2-3 vezes ao dia, fezes moles.

*Exame radiológico* — Área cardíaca medindo 140 cms. quadrados, apresentando portanto um excesso de cerca de 70 % em relação à área normal (78 cms. quadrados para o peso).

Aorta torácica dilatada medindo 34 m/m de diâmetro ao nível da crosa.

A imagem ântero-posterior do coração sugere aumento predominante do ventrículo esquerdo.

Transparência normal dos campos pulmonares.

*Comentários.* — O paciente após estar internado cerca de 2 meses, melhorou do acesso asistólico com o uso da digital, dieta e repouso. Vários traçados eletrocardiográficos mostram características idênticas às da figura n. 44.

Ritmo sinusal. Onda P visível e positiva nas 3 derivações. Espaço P-R igual a 0,16 de segundo. Complexo QRS anômalo, duração aumentada (0,12), com incisuras muito nítidas no ápice de R2, S2 e S1. Onda T positiva nas 3 derivações.

Após o primeiro acesso de dôr precordial — dia 16-3-1955 — com fenômenos intensos de colapso, o traçado eletrocardiográfico se alterou profundamente, como mostra a fig. 45. Estabeleceu-se um bloqueio A-V completo, assim como nítida alteração da condução intraventricular, transformando por completo a forma, amplitude, duração e direção do complexo QRS. Onda T continua a ser positiva.

Este bloqueio evoluiu para a variação 2 : 1 e depois desapareceu inteiramente, havendo de permeio um período de forte bradicardia sinusal.

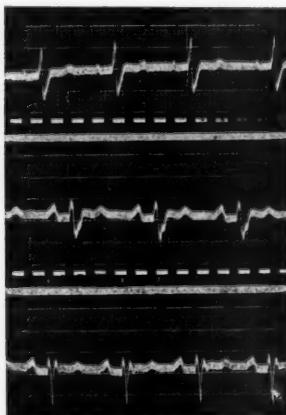


Fig. 44

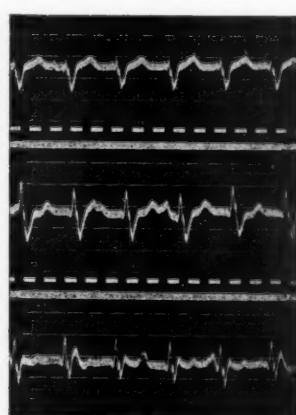


Fig. 45

No dia 17 o traçado eletrocardiográfico (fig. 46) revela novamente ritmo sinusal e o complexo ventricular volta a ser semelhante ao da fig. 44, a não ser a difasia de T1 e de T2 e alargamento mais pronunciado do complexo QRS.

Esta anormalidade da onda T parece indicar que estamos em presença de variedade T1, não se tendo observado o primeiro período da onda monofásica de Pardée.

Após mais 1 mês de repouso o paciente pede alta. Em seu dimicílio teve nova crise de dôr precordial em primeiros dias de Maio, seguida de manifestações

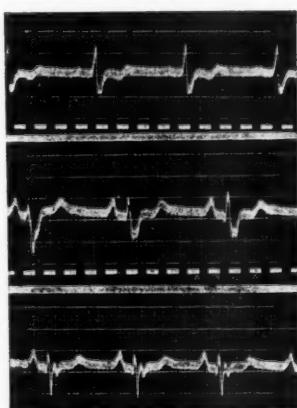


Fig. 46

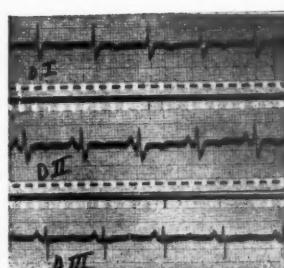


Fig. 47

de colapso periférico e com náuseas. Não soube informar se teve febre. O esforço e alimentação provocam leve dôr precordial sem característico muito preciso.

Não encontrando melhora clínica resolveu em primeiros dias de Julho internar-se novamente. Nesta ocasião o eletrocardiograma (fig. 47) revela: complexos ventriculares iguais aos da fig. 44 e ondas T1 e T2 nitidamente invertidas, onda T3 positiva e pouco ampla.

*Diagnóstico.* — ENFARTE DO MIOCÁRDIO (Tipo T1 em regressão, com alterações do complexo ventricular e bloqueio A-V transitório) — MIOCARDITE.

Endereço: Rua Barão de Itapetininga, 18.

#### BIBLIOGRAFIA

BARNES, A. R. e WHITTERS, M. B.: *Study of the R-T interval in myocardial infarction.* — Am. Heart. J., V, 142 a 171 — 1929.

CONDORELLI, L.: *Die Ernährung der Herzen und die Folgen ihrer Störung* — Theodor Steinkopff, Leipzig, 1932.

CONNER, LEWIS A., HOLT, E.: *The subsequent cause and prognosis in coronary thrombosis* — Am. Heart. J., V, 706 a 719 — 1930.

COOKSEY W., FREUND, H.: *Serial electrocardiographic studies in coronary thrombosis* — Am. Heart J., VI, 608 a 524 — 1931.

COOMBS, CAREY F. : *Prognosis in coronary thrombosis* - Bristol Med. Chir. J., XLIX, 277 - 1932.

GILCHRIST, A. R. e RITCHIE, W. T. : *The ventricular complexes in myocardial infarction and fibrosis* - Quart. J. of Med., XCI, 273 a 293 - 1930.

LEVINE, S. : *Coronary thrombosis: its various clinical features* - The Williams e Wilkins Company - Baltimore - 1929 ; ou Medicine, 8, 245 a 418 - 1929.

LIAN, C. : *L'angor aigu coronarien fébril* - Paris Médical, 2, 86 a 94 - 1929.

LOTZE, HAROLD : *Zur Klinischen diagnostik der Herzmuskelinfarctes* - Munch. Med. Woch., 80, 1.211 a 1.214 - 1935.

PADILLA, T. e COSSIO, P. : *El electrocardiograma de isquemia miocárdica en los derrames pericárdicos* - La Semana Médica, 328 a 332 - 1930.

PADILLA, T. e COSSIO, P. : *Modifications caractéristiques et non caractéristiques de l'électrocardiogramme dans l'infarcte du myocarde*. - Rev. Sud. Americaine de Méd. et Chir., 2, 129 a 141 - 1931.

PADILLA, T. e COSSIO, P. : *Diagnostic de localisations de l'infarctus du myocarde par les modifications de l'électrocardiogramme*. - Bull. et. Med. Soc. Médi. des Hôsp. de Paris, 47, 54 a 58 - 1931.

PADILLA, T. e COSSIO, P. : *Oclusion coronária* - El Ateneo - Buenos Aires, 1920.

PARDEE, Harold : *An electrocardiographic sign of coronary artery obstruction* - Arch. of Int. Med., 26, 244 a 257 - 1920.

PARDEE, Harold : *The significance of a electrocardiogram with a large Q in Lead 5*. - Arch. of Int. Med., 46, 470 a 481 - 1930.

PARKINSON, J. e BEDFORD, E. : *Cardiac infarction and coronary thrombosis* - Lancet, 214, 4 a 11 - 1928.

PARKINSON, J. e BEDFORD, E. : *Successive changes in the electrocardiogram after cardiac infarction (coronary thrombosis)* - Heart, 14, 195 a 239 - 1928.

PEZZI, C. : *L'infarto miocardio. Studio clinico e elettrocardiografico*. - Cuore e circolazione, 13, 141 a 182 - 1929.

WHITE, P. D. : *Heart Disease* - The Macmillan Company, New York, 1932.

WILSON, F. N., MACLEOD, A. G., BARKES, P., JOHNSTON, F., KLISTERMEYER, L. L. : *The electrocardiogram in myocardial infarction with particular reference to the initial deflections of the ventricular complex*. - Heart, 16, 155 a 199 - 1933.



## Mais um caso de *hypertrophia* em anel da musculatura do antro pylorico no adulto (\*)

**Dr. Eurico Branco Ribeiro**

Cirurgião da Beneficencia Portuguesa e do Sanatorio  
Santa Catharina.

A esta doura Sociedade apresentámos (1), em 1934, dois casos de "hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto", cingindo-nos em considerações que o estudo de ambos os doentes nos suggeriu. Posteriormente, revendo a literatura ao nosso alcance, procurámos mostrar (2) como nos assistia razão em acreditar que se tratava de uma entidade morbida á parte, servindo-nos, para tanto, dos proprios argumentos apontados pelos autores que descreveram casos semelhantes aos nossos. Acompanhando com interesse os dados que nos forneceram trabalhos ultimamente por nós compilados, mais forte se tornou a convicção de que se trata, de facto, de uma molestia diferente da chamada "hypertrophia congenita do pyloro no lactente". A observação de mais um caso offerece-nos ensejo de voltar sobre o assumpto, já para assignalar que o diagnostico pode ser previamente feito, já para registal-o na casuística nacional, que conta apenas, ao que parece, com os nossos casos e com o do dr. Adhemar Nobre, todos por nós trazidos a esta Sociedade.

Eis, em resumo, a observação do novo caso:

D. A., 39 annos, solteiro, espanhol, branco, motorista, residente nesta capital. A molestia actual data mais ou menos de 5 annos, quando começou a sentir dores no epigastrio, sobrevindo cerca de 3 horas ás refeições, com intensa sialorréa. Era uma "dôr de queimação", que cessava com o vomito ou com a injeção de alimentos, sendo que se acalmaava quando na posição de decubito dorsal ou quando as contingencias obrigavam a um exercicio violento. A dor não apresentava irradiações. Calmava com tratamento medico, mas nunca desapareceu de todo, de sorte que o sofrimento era diario, embora mais atenuado em certas temporadas.

(\*) Comunicação feita á Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo em 2 de dezembro de 1935.

A cerca de 15 dias estava trabalhando, pois se achava relativamente bem, quando sentiu um calor na boca, teve eructações e vomitou grande quantidade de sangue negro, coagulado. No dia seguinte, avacuações escuras, como borra de café. Com esse acidente, passaram como que por encanto as dores do epigástrico. Foi então que o doente nos procurou.

Diante de um exame somático negativo e dessa história clínica, fizemos o diagnóstico de ulcera gástrica, pedindo, para confirmação, um exame radiológico (fig. 1). O laudo do dr. Cassio Villaça veio assim redigido: "Signaes de lesão ulcerosa na pequena curvatura, região do antró. Estomago dilatado, com quantidade anormal de líquido em jejum. Exvasamento gástrico ligeiramente retardado. Bulbo duodenal normal. S. Paulo, 27-12-1934". Examinando as chapas, notámos logo uma imagem que fazia pensar na presença de um caso de hypertrophia em anel



Fig. 1  
Radiographia do estomago de D. A.

da musculatura do antró pylorico no adulto: rigidez persistente das paredes do estomago a esse nível, dando ensejo à formação de uma sombra alongada e de limites regulares, unindo o bulbo normal ao corpo do estomago dilatado. Em vista disso, e diante da história de hematemese e melena, embora a radiographia não apresentasse o nicho indicativo de lesão ulcerosa sustentámos o diagnóstico de ulcera e avisámos o distinto radiologista de que o caso nos parecia ser mais um de associação de ulcera a essa novel entidade morbida que, entre nós, já havíamos procurado individualizar.

O doente foi internado no Hospital da Beneficencia Portuguesa e alli operado após o tratamento preparatório habitual.

Operação n.º 3.379, em 5 de janeiro de 1935. Operador, dr. Eurico Branco Ribeiro; auxiliar, dr. João von Sonneleithner. Diagnóstico: ulcera gástrica e hypertrophia em anel da musculatura do antró pylorico no adulto. Indicação operatória: gastroduodenectomia parcial. Anesthesia tronco-regional com Neotutocaina, previa injeção de Sedol. Aberto o ventre, verificou-se logo a presença de um tumor lardaceo, esbranquiçado, ao nível do antró pylorico; terminava abruptamente para o lado do

duodeno e perdia-se insensivelmente para o lado do corpo do estomago. Logo acima da massa tumoral, ao nível da incisura angular, sobre a pequena curvatura, signaes indicativos de ulcera gastrica: espessamento localizado, infiltração do pequeno epiploon, tecido cicatricial confundindo-se com a serosa. Resolvida a gastroduodenectomia parcial, foi executado o methodo de Reichel-Polya. Tempo da intervenção, 1 hora e 45 minutos. Decurso post-operatorio, sem qualquer complicaçao. Alta do hospital em 14 de janeiro, ou seja 9 dias depois de operado.

A peça cirurgica foi aberta pela grande curvatura. Evidenciou a presença de uma ulcera crateriforme da pequena curvatura, de 1,2 por 0,8 cm. de extensão situada a cerca de 7 cm. do pyloro e circundada de uma zona edemaciada, como que lhe formando uma coroa. Tambem evidenciou, particularmente, uma enorme hypertrophia da musculatura de todo o antro, mais accentuada ao nível do pyloro, onde se apresentava cerca de 10 vezes mais espessa do que a camada mucosa; tomava toda a circumferencia do antro e ia diminuindo gradativamente à medida que se afastava da pyloro (fig. 2).



Fig. 2

Aspecto da peça cirurgica depois de aberta pela grande curvatura; vê-se a ulcera sobre o corredor gastrico, ao nível da incisura angular; vê-se tambem, particularmente, a extraordinaria hypertrophia da musculatura do antro pylorico.

A peça foi enviada ao prof. Carmo Lordy, que gentilmente se promtificou a examinal-a do ponto de vista histologico. Chamou-lhe principalmente a attenção o extraordinario desenvolvimento das fibras musculares (fig. 3) e a presença de lesões adiantadas de endoarterite obliterante. A camada mucosa apresentava-se de aspecto normal (não foram feitos cortes nas proximidades da ulcera). A submucosa estava frouxa e despregada como sóe acontecer nas laminas de estomago. As camadas musculares apresentavam-se muito hypertrophiadas, intercaladas de elementos nervosos tambem aumentados de volume (fig. 3). A isso se associavam, berrantemente, lesões vasculares adiantadas (fig. 4): endoarterite com thrombose organizada e intensa infiltração parvi-celular à volta de todos os vasos. Serosa de aspecto normal.

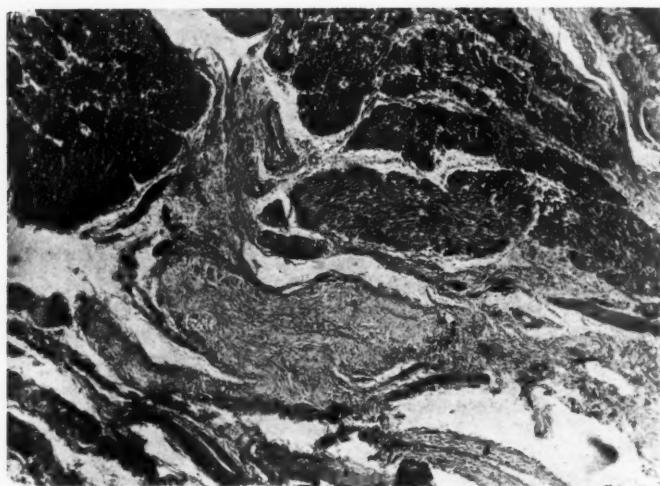


Fig. 3

Corte ao nível do tumor, mostrando tecido muscular hypertrofiado e elementos nervosos também grandemente aumentados de volume.

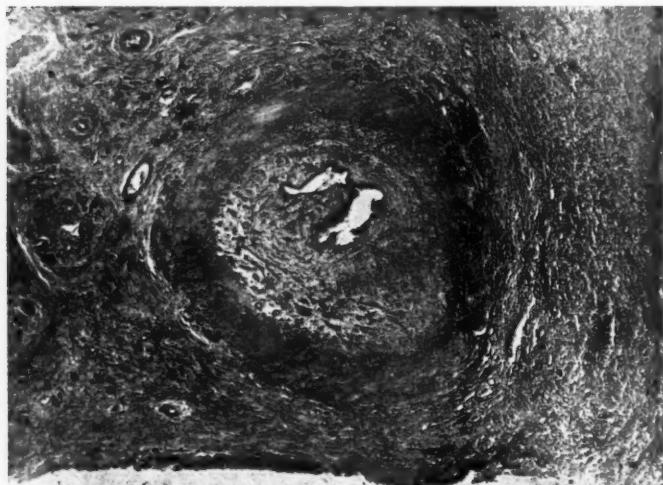


Fig. 4

Lesões típicas de endoarterite obliterante encontradas em todos os cortes feitos.

Diante do resultado do exame histopathologico, mandámos fazer uma pesquisa sorologica para confirmar a concomitancia de infecção luética. O laudo foi o seguinte: "Exame n.º 44.623, em 31 de janeiro de 1935. Resultado da sororeação de Wassermann: fortemente positivo (+++). Com o soro activo e antígeno Noguchi: fortemente positivo (++++) a Dr. Luis Migliano". O doente contava uma historia de antecedentes venereos: de uma feita, cancro molle em dois logares; de outra, um só cancro venereo seguido de adenite unilateral.

O presente caso se presta a alguns commentarios.

Em primeiro logar focalizemos a questão do diagnostico. A historia clinica e o exame radiologico firmado por um dos nossos mais conceituados radiologistas afirmavam a existencia de uma ulcera gastrica. Não se via nas radiographias o nicho de Haudeck; o radiologista deve ter-se guiado pela radioscoopia e pelos signaes indirectos; quanto a nós, a ausencia de nicho em doentes recentemente accomettidos de hematemese e melena não nos leva a modificar um diagnostico fundamentado em anamnese bem feita, pois é sabido que um coagulo, ou, antes, uma crosta sanguinea, pode nos primeiros dias arrolhar a excavação da ulcera, não permitindo a penetração do contraste radiologico. Diante disso, não podíamos modificar o diagnostico clinico de ulcera gastrica. Mas a imagem radiologica nos fez lembrar a da hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico em adulto e disso demos sciencia ao radiologista. Sómente a charpa radiographica e que nos conduziu ao diagnostico, pois, como é sabido, si, de um lado, o tumor em geral não é palpável, excepção feita para os casos de individuos excessivamente emmagrecidos, de outro lado a historia do sofrimento gastrico não é caracteristica, principalmente quando a hypertrophia está associada a uma ulcera, como no caso presente. Convém, pois, frizar bem a importancia do exame radiologico.

Segundo Archer (3), que estudou radiologicamente os casos de Bruce Morton (4), a imagem é constituída por um estreitamento uniforme e regular, que assume um aspecto tubular em uma extensão de 2 a 4 cm. e que não se modifica com a administração de atropina. É uma figura persistente em todas as radiographias. Confirmado a descrição dessa imagem, Harvier e Brun (5) dizem que "o exame radiologico parece poder dar um ensinamento de primeira ordem". De facto, além dos caracteristicos apontados, Kirklin e Harris (6), da Clinica Mayo, descreveram recentemente um signal radiologico que apresentam como pathognomonic uma vez associado ao estreitamento da região pylorica: uma cavidade na sombra da base do bulbo duodenal (figs. 5 e 6), "concavidade evidentemente produzida pela parcial invaginação do musculo hypertrophiado no bulbo duodenal" (convém lembrar que Harvier e Brun (5) dizem que, nesta molestia, o musculo pylorico faz saliencia na luz duodenal

á maneira do colo uterino na vagina). Com esses elementos, pode-se, pois, fazer um diagnóstico pre-operatorio exacto. Deve-se ter em mente, no diagnóstico diferencial, as imagens apresentadas pela gastrite edematosas localizada, pelo espasmo por ulcera prepylorica, pelo carcinoma do antro, pela syphilis gastrica, que não mostram, segundo aqueles autores americanos, o

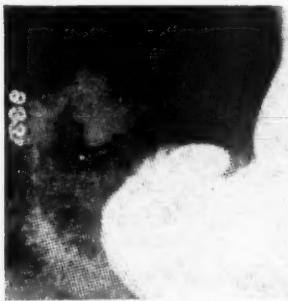


Fig. 5

Aspecto de uma das radiografias apresentadas por Kirklin e Harris para demonstrar o seu sinal pathognomônico da hypertrofia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto.



Fig. 6

Reprodução de uma radiografia típica da série de casos apresentados por McClure (Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, LII, 945, maio de 1931). E' bem visível o sinal de Kirklin e Harris.

signal por elles proposto. É facil pôr-se de parte, tambem, a imagem do estreitamento do antro pylorico por substancias causticas, pois, como resulta dos estudos de Sagel (7), a imagem radiologica é bastante irregular e o bulbo duodenal não se enche normalmente, visto que em geral tambem sofre as consequencias da queimadura pelo caustico. Resta considerar, ainda, a imagem radiologica apresentada pela estenose pylorica hypertrophica do lactente, que pensamos ser affecção diversa da que nos occupa, conforme tivemos occasião de discutir (2). Para Ferdinando Bonivento (8), a molestia do recemnascido se caracteriza por "uma constante falta de passagem do meio de contraste do pyloro ao bulbo duodenal, um defeito de enchiamento da região pylorica do antro, e o forte retardamento no tempo de evasimento do estomago" coisa bem diversa, portanto, do estreitamento tubular do antro pylorico, com pleno enchiamento do bulbo duodenal, que se observa na molestia do adulto. É, de facto, inteiramente diferente do que se verifica na affecção em apreço o signal descripto por Careddu e Nicoli (9) para a estenose pylorica hypertrophica do lactente: o antro pylorico apresenta um contorno excavado de concavidade voltada para a direita, por effeito da "saliencia que faz o tumor pylorico na luz

do antro". São sobremodo, demonstrativas as radiographias dos casos de Kreutzer e Rivarola (9), que aqui reproduzimos e nas quaes não se vê passagem da substancia opaca para o duodeno, (figs. 7 e 8). E', pois, mais uma prova de que tinhamos razão quando apresentámos os nossos casos como sendo de molestia autonoma.

Tudo isso nos leva a reaffirmar o que diziamos a um anno: "E' de crer-se que o exame radiologico seja capaz, por si só, de conduzir ao diagnostico exacto da affecção, afastadas com um pouco de cuidado as hypotheses de ulcera gastrica e de cancer do antro, que apresentam caracteristicos especiaes" (2). Essa asserção pode e deve permanecer como verdade clinica, embora

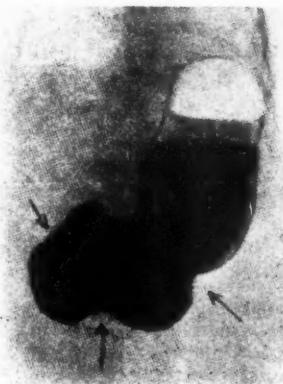


Fig. 7

Radiographia de um dos casos de Kreutzer e Rivarola, onde se vê nitidamente o signal de Careddu e Nicoll; a chapa foi tirada na phase de esforço gastrico para vencer a estenose pylorica.

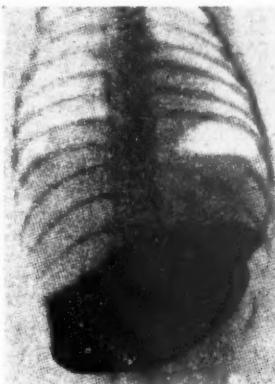


Fig. 8

Radiographia do outro caso de Kreutzer e Rivarola, também evidenciando o signal de Careddu e Nicoll; a chapa foi tirada na phase de contração gastrica ante a persistencia da estenose.

em livro recente Corachan (10) tenha dito que o exame *de visu* da zona enferma, depois da laparotomia, é o elemento essencial" de diagnostico. Aliás, diagnostico preoperatorio foi feito uma vez nos 5 casos de McClure (11) e tambem uma vez nos 81 casos registados na Clinica Mayo (6). Lembrando-se da existencia da affecção, o radiologista e o clinico poderão acertar o diagnostico.

Outro ponto que convem destacar da observação do presente caso é o que se refere á concomitancia de uma ulcera gastrica. Num total de 3 casos, é o 2.º em que verificamos a presença de ulcera. No primeiro, a ulcera estava situada ao nível mesmo da hypertrofia e já enumeraçamos (1) os motivos que nos

levaram a considerá-la como affecção á parte, sem interdependencia com as alterações encontradas na musculatura. Desta vez, a presença da ulcera na incisura angular, portanto acima do tumor muscular, vem confirmar o nosso ponto de vista de que nenhuma relação de causa e efeito existe entre as duas molestias. Em 147 casos estudos, Rössle (12) encontrou 14,28%, ou 21, com perturbações pathologicas do esophago, estomago e duodeno. Kirklin e Harris (6) são mais precisos nas suas informações: dos seus 81 casos, 50 estavam associados a outras affecções, entre as quais se contavam 10 vezes a ulcera do duodeno, 4 vezes a ulcera do duodeno mais duodenite, 2 vezes a ulcera do duodeno mais cholelithiase, 5 vezes somente a duodenite, 12 vezes a ulcera gastrica, 1 vez ulcera gastrica mais ulcera duodenal, 1 vez o carcinoma do estomago, 7 vezes a cholecystite chronica calculosa, 3 vezes a cholecystite chronica sem calculos e 5 vezes a appendicite — isto é 29 vezes a ulcera (13 do estomago) em 81 casos. Não é de admirar, portanto, que tenhamos encontrado 2 casos com ulcera gastrica.

Outra concomitancia morbida digna de registro no presente caso é a da syphilis, traduzida nas lesões flagrantes que o corte histologico surpreendeu. É indiscutivel a existencia de alterações em tudo identicas ás que se costumam observar na lues vascular (fig. 4). A prova sorologica confirmou esse achado. Restaria averiguar qualquer relação entre ambas as affecções. O assumpto já foi largamente debatido quando focalizámos pela primeira vez a hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto. Aliás bastava, para afastar a hypothese da interferencia da syphilis, o exame histopathologico dos 2 casos que então apresentámos, si já não fosse suficiente a palavra autorizada de Aschoff (13), que affirma manifestar-se a syphilis gastrica "em forma de gommas circumscriptas procedentes da submucosa e que invadem a mucosa, ou como engrossamentos irregulares, achatados ou tuberosos, da mucosa ou da submucosa" — coisa muito diversa da affecção que no momento nos ocupa. Assim, a presença de lesões vasculares de origem luetica nada mais representa do que ter a molestia em apreço ocorrido no presente caso em um individuo syphilitico.

Para terminar, vamos resumir as conclusões a que chegamos com o estudo dos nossos casos:

1. — A hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto é affecção que deve ser individualizada.
2. — Para differençal-a da chamada "estenose hypertrophica do pyloro no lactente" a literatura offerece elementos valiosos.

3. — O diagnostico pode ser orientado pelo exame radiologico.
4. — A symptomatologia clinica merece ser melhor estudiada.
5. — O exame anatopathologico demonstra lesões caracteristicas que não podem fazer lembrar qualquer outra entidade morbida.
6. — Na etiopathogenia da affecção, as pesquisas no terreno das perturbações nervosas provavelmente conduzirão pelo bom caminho.
7. — O tratamento de eleição, pelo menos diante dos nossos recursos actuaes, é a gastroduodenectomia parcial.
8. — As designações de "hypertrophia estenosante do pyloro no adulto", "Estenose pylorica hypertrophica no adulto", "Estenose congenita hypertrophica do pyloro no adulto" e outras que taes não devem ser conservadas por incompletas, erradas ou confusas.

Endereço: Caixa Postal, 1574.

### CITAÇÕES

1. — EURICO BRANCO RIBEIRO: "Hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico", Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXX, 399, outubro de 1935.
2. — EURICO BRANCO RIBEIRO: "A hypertrophia em anel da musculatura do antro pylorico no adulto á luz da literatura medica", Annaes Paulistas de Medicina e Cirurgia, S. Paulo, XXX, 513, novembro de 1935.
3. — ARTEMIO ZENO E JOSE' SGROSSO: "Hipertrofia congenita del piloro en el adulto", Boletines de la Sociedad de Cirugia de Rosario, I, 442, novembro de 1934.
4. — CHARLES BRUCE MORTON: "Hypertonicity with hypertrophy of the pylorus in adults", Archives of Surgery, Chicago, XX, 508, março de 1930.
5. — P. HARVIER E R. DE BRUN: "La sténose pylorique par hypertrophie musculaire chez l'adulte", Paris Médical, XXIII, 173, 25 de fevereiro de 1933.
6. — B. R. KIRKLIN E MILO T. HARRIS: "Hypertrophy of the pyloric muscle of adults; a distinctive roentgenologic sign", The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, Springfield, XXIX, 437, abril de 1933.
7. — JACOB SAGEL: "Benign stricture of the stomach and esophagus", The American Journal of Roentgenology and Radiumtherapy, Springfield, XXXIII, 31, janeiro de 1935.
8. — FERDINANDO BONIVENTO: "Un caso di stenosi ipertrofica del piloro guarito mediante l'operazione di Weber-Rammstedt", La Pediatria, Nápoles, XLIII, 72, janeiro de 1935.

9. — RODOLPHO KREUTZER E JOSE' ENRIQUE RIVAROLA: "Sobre dos casos de estenosis hipertrófica del piloro. operados", La Semana Médica, Buenos Aires, XLI, 2.015, 27 de dezembro de 1934.
10. — MANOEL CORACHAN: "Cirurgia Gástrica", Salvat Editores, I, 652, Barcelona, 1934.
11. — McClure: "Hypertrophy of the pyloric muscle in adults", Surgery, Gynecology and Obstetrics, Chicago, LII, 945, maio de 1931.
12. — RÖSSLE: "Hypertrophy of the pylorus in adults", resumo de Schweizerische medizinische Wochenschrift, Basileia, LXV, 174, 23 de fevereiro de 1935, em International Surgical Digest, Hagerstown, XIX, 271, maio de 1935.
13. — L. ASCHOFF: "Tratado de Anatomia Patológica", edição espanhola de Labor, II, 793, Barcelona, 1934.

**CELLULOGENOL**

*Soberano Tonico*  
AS SILVEIRA  
Arsenio Phospho-Therapia  
Organica

ENERGICO RE-  
CONSTITUINTE PA-  
RA TODOS OS EN-  
FRAQUECIMENTOS ESPECIA-  
LMENTE INDICA-  
DO PARA OS ES-  
FALADOS POR  
EXCESSO DE TRA-  
BALHO.

Preparado no  
LABORATORIO CRUZ  
pelo farmacêutico  
J. SILVEIRA CRUZ  
e PAULINO

PEÇA DE 100 GRAMAS:  
AUGUSTOS: Um colher das de sopa  
de 300 GRAMAS: Umas colheres de sopa  
de 500 GRAMAS: Menos de uma  
colher das decha 2 vezes o dia

LABORATORIO CRUZ · Caixa Postal, 3590 · S.PAULO

**peptol**  
o eupeptico  
physiologico  
ideal

RECALCIFICACÃO  
DO ORGANISMO

# TRICALCINE

TUBERCULOSE  
FRACTURAS. ANEMIA  
ESCRUFULOSE

LABORATORIO DOS PRODUCTOS SCIENTIA  
21, rue Chaptal - Paris 9<sup>e</sup>

AMAMENTAÇÃO  
CRESCENCIA'  
GRAVIDEZ

## MOVIMENTO SCIENTIFICO PAULISTA

### Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

#### SESSÃO DE 15 DE OUTUBRO

Presidente: PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

**Tumor do maxillar inferior** — DRs. SOARES HUNGRIA, ADAUTO MARTINEZ e RAMON PLATT JUNIOR. — Os AA. apresentaram documentada observação de uma doente, procedente do Paraná, portadora de um tumor ósseo do maxillar inferior, tumor esse de evolução lenta, pois que data de 4 anos seu apparecimento, segundo informação da paciente.

Ao primeiro exame o dr. Soares Hungria acreditou tratar-se de um cisto do maxillar inferior, previsão esta inteiramente confirmada pelo exame radiographico, realizado pelo prof. Raphael de Barros, que redigiu o seguinte relatório: "Formação cavitária, arredondada, destruindo o ramo horizontal e ascendente do maxillar inferior esquerdo, contendo no seu interior um dente normalmente desenvolvido; caracteres radiologicos de um cisto folicular".

Em vista do diagnostico resolvem operar a paciente. Para facilidade da exerese do tumor os AA. fizeram ligadura previa da carótida primitiva, o que veio facilitar enormemente a intervenção. Sequencia

operatoria excellente, com cicatrização "per primam" das duas incisões.

O exame histo-pathologico veio confirmar por sua vez as indicações dos exames clinico e radiographico anteriores, o que se verifica pelo relatório apresentado pelo dr. Constantino Mignone, que especifica a peça como cisto dentario folicular infectado.

A prothese buco-facial foi executada pelo prof. Ramon Platt Junior, que entre nós ja tem realizado trabalhos semelhantes.

#### Ferimentos das vias biliares.

— DRs. RODRIGO A. FERRÃO e EURI-CO BASTOS. — Os AA. apresentam um trabalho baseado em duas observações de ferimentos das vias biliares principaes ocorridos no curso de intervenção sobre a vesicula biliar. Em ambos os casos o ferimento foi reparado por uma operação de plasticas com tubo de borracha que, abandonado no choledoco, foi posteriormente eliminado pelas vias naturaes, ao fim de 5 a 6 meses, respectivamente na 1.<sup>a</sup> e 2.<sup>a</sup> observações.

**ODEFIS**  
IODO PHYSIOLOGICO

PEPTIDIOS ABIURÉTICOS COM 66,6% DE IODO.  
CADA AMPOLA DE 2 CC. CONTEM 10 CENTS.  
DE IODO. — CAIXAS DE 10 AMPOLAS DE 2 CC.  
VIA INTRA-MUSCULAR OU ENDOVENOSA.



INSTITUTO THERAPEUTICO ORLANDO RANGEL - RIO DE JANEIRO

Os doentes, um da clinica do dr. Luiz do Rego e outro do serviço do dr. Eurico Bastos continuam até agora (cerca de um anno após a operação) em excellentes condições.

O trabalho se inicia com considerações geraes acerca da frequencia da lesão, referindo os AA. varias estatísticas e reunindo os casos conhecidos, ocorridos no nosso meio. Estudam as varias disposições em que se podem encontrar os canaes biliares, disposições, no geral, pouco cuidadas nos tratados classicos de anatomia e de technica cirurgica. Mencionam as alterações que os processos pathologicos das visceras vizinhas determinam nessas disposições. Por fim entram a fazer considerações em torno dos diversos methods de reparação, detendo-se nos processos de prothese, notadamente na prothese por tubo de borracha cuja technica descrevem.

**Um caso de agraphia de evolução, forma pura** — DR. DURVAL MARCONDES. — O A. apresentou a observação de uma menina que se matriculara, aos 9 annos de idade, numa das escolas de São Paulo e que não conseguiu, por alguns annos, aprender a escrever, embora tivesse intelligencia muito viva e houvesse mesmo aprendido a ler com grande rapidez, chegando a distinguir-se entre as collegas como a que melhor lia na classe.

O estudo do material graphico mostra que a escripta da paciente, incomprehensivel á primeira vista, constitue, na sua essencia, e deixando de lado outros vicios menos inter-

ressantes, uma modalidade de escripta em espelho, o que traduz a participação predominante do hemisphério cerebral esquerdo. Esse defeito manifesta-se tambem, em grau accentuado, na escripta com os cubos alfabeticos (escripta typographica) circumstancia que indica haver de facto um compromettimento especifico da representação grapho-motora, não se tratando de um simples disturbio da motilidade da mão. O A. conclue que esse caso permite estabelecer a existencia da agraphia em sua forma isolada, independente de outros disturbios aphasicos ou apraxico, ao menos durante certo tempo e como expressão de um accidente evolutivo individual.

**Um caso de morte subita com registro electrocardiographico** — DR. DANTE PAZZANESI. — O A. tendo tido a oportunidade de registrar, no Serviço do Electrocardiographia da Santa Casa, um caso de morte subita, recorda os estudos experimentaes e clinicos da fibrillação ventricular, bem como seus caracteres graphicos. Como no caso apresentado a morte do coração tivesse sido lenta, com parada da sua actividade electrocardiographica somente 35 minutos após a morte, tece considerações em torno da morte subita sem fibrillação. A raridade de semelhante registro grafico proporcionada somente pelo acaso torna de grande interesse a sua divulgação. Se muitos trabalhos têm sido publicados de individuos moribundos ou de fibrillação ventricular transitoria, rarissimos têm sido os de morte subita sem fibrillação ventricular.

#### SESSÃO DE 4 DE NOVEMBRO

Presidente : PROF. OVIDIO PIRES DE CAMPOS

**Alguns aspectos de psychogénesis do homosexualismo** — DR. DURVAL MARCONDES. — Depois de referir-se aos dois grupos de factores que collaboram na etiologia do homosexualismo — factores organicos e factores psychicos, o A. passa a estudar estes ultimos, mostrando que a inversão sexual provem, sobretudo, do um desfecho defeituoso do com-

plexo de oedipo. A preleção foi documentada com varios casos da sua observação. As ultimas palavras do orador foram recebidas sob palmas.

**A appendicectomia por incisões minimas** — DR. SERGIO V. DE CARVALHO. — O A. após considerações geraes preconiza a anesthesia local infiltrativa, a qual faz com cer-

ca de 10cc. de sinalgan. Em seguida preconiza a incisão horizontal de Chaput, a qual faz na extensão media de 1,50 cms.

A pelle é suturada por meio de sutura intra-dermica com cat-gut fino, o que proporciona uma cicatriz esthetica. Apresenta um afastador auto-estatico de sua criação e especialmente construído para as incisões em apreço.

Exhibe diapositivos comprovando a sua simplicidade de ação e a sua efficacia. Passa em seguida em revista as varias tecnicas de ecto-

mia, apresentando diversas pranchas com desenhos e expõe uma technica pessoal, cujos caracteristicos são empregar-se um só fio de cat-gut n.º 1 com o qual se liga o appendice, o seu meso e se faz a bolsa de afundamento do coto. As ligaduras ficam assim encadeadas, consolidando-se mutuamente e o ceco fica perfeitamente peritonizado, prevenindo futuras adherencias. Finaliza projectando uma appendicectomia deste typo, em que a incisão cutanea foi de 12 milímetros e apresentando 45 observações de operações praticadas pela technica projectada.

## Associação Paulista de Medicina

### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 7 DE JUNHO

Presidente : DR. JAIRO RAMOS

#### As formas hematogenicas da tuberculose pulmonar no adulto

- DR. OCTAVIO NERIAS. — O autor começa fazendo um relato historico da questão, esclarecendo ao mesmo tempo que vai estudar somente as formas pulmonares da tuberculose hematogenica no adulto, baseando-se, principalmente, em recente trabalho de Braeuning e Redeker, procurando ilustrar os aspectos mais interessantes do assumpto com 12 observações pessoais do arquivo do Hospital São Luiz Gonzaga de Jaçanã.

A primeira parte do trabalho se refere ao surto hematogenico em si, no qual o A. apresenta os quadros radiologicos dos varios estadios evolutivos, estudando ao mesmo tempo

a symptomatologia e o contingente do laboratorio.

Passa em seguida ao estudo do diagnostico diferencial e da gense da tuberculose pulmonar hematogenica.

A segunda parte da exposição foi dedicada ao estudo das formas residuas, após a repressão dos surtos hematogenicos.

Por ultimo foram focalizados varios aspectos dos phenomenos exacerbativos observados após a regressão do surto inicial, principalmente no tocante ás suas connexões com a tisica chronica do adulto, terminando o trabalho com interessantes conclusões, tanto de ordem doutrinaria como no terreno pratico, mormente no que se refere ás indicações e contra-indicações terapeuticas.

### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 24 DE JUNHO

Presidente : DR. JAIRO RAMOS

#### Alguns resultados da auroterapia na tuberculose pulmonar

- DR. JOÃO B. DE SOUZA SOARES. — O A. refere-se, inicialmente, a uma das conclusões de recente trabalho seu, em que allude á imperfeição das estatisticas que se referem á auro-terapia, dando preferencia, por isso,

ao estudo de casos isolados bem demonstrativos. E', pois, o que pretende fazer, trazendo á consideração da Casa, alguns desses casos, cujas caracteristicas salienta, frizando que são todos de certa gravidade e que nelles o ouro pareceu agir como factor efficiente, a cuja ação pareceram,

devidos aos resultados que, até ao seu emprego, não tinham surgido. Faz notar também que a seleção de seus casos foi feita apenas com o fim de sua apresentação e não anteriormente para obter determinados resultados, como, em geral, parecem fazer os A.A. de estatísticas. Informa que as doses empregadas nesses casos foram pequenas. Não deseja demonstrar que o ouro tenha valor igual à collapsotherapy ou ao regimen-hygienico-dietético e nem siqueir que dê resultados em todos os casos, mas apenas pretende oppôr-se aos que o consideram inteiramente inefficiente, pois a tanto os leva a sua propria experiência. Julga, mesmo, que a ninguém é dado desprezal-o, no estudo actual da therapeutic anti-tuberculosa. Termina por observar que o ouro a seu ver só encontra contraindicações quando há deficiencia dos emunctorios, mas não em formas clinicas determinadas da tuberculose pulmonar.

**COMENTARIOS:** — O dr. João Grieco julga os casos do dr. Souza Soares, passíveis de cura expontânea. Combate, a seguir, o estudo do valor therapeutico de uma medicação em casos isolados, julgando arriscada a sua apresentação a sociedades scientificas. Affirma a superioridade das estatísticas, em razão do grande numero de casos que sempre estudam. Conclue, affirmando que sua experiência como medico de Dispensario não é favorável ao saes de ouro.

O dr. Tisi Netto felicita o dr. Soares pela sua interessante communicação e declara que se já era anteriormente partidário do emprego dos saes de ouro no tratamento da tuberculose pulmonar. Os brilhantes resultados auferidos nos casos apresentados pelo dr. Soares, todos elles graves e bem documentados, tinham feito aprofundar-se mais a sua convicção sobre o valor desses saes como factor therapeutico.

O dr. Jairo Ramos reconhece que à excepção de um caso nitidamente hematogenico, os demais casos apresentados pelo dr. Soares eram realmente graves, tendo portanto obtido bons resultados com os saes de ouro. Mas eram apenas as excepções compatíveis de toda regra. Não é

partidário dos saes de ouro. A experiência do Hospital S. Luiz Gonzaga, de Jaçanã, não os recommends.

O Dr. João B. de Souza Soares primeiramente, agradece as referencias feitas pelo dr. Tisi Netto ao seu trabalho. Depois diz que folga em poder responder ao dr. Grieco que todos os seus casos não são de origem hematogenica como fez notar o dr. Jairo Ramos e que só considera o 4.<sup>o</sup> caso como nitidamente dessa origem. Mas, mesmo assim, não acha que os resultados obtidos nesse caso, sejam destituídos de valor, porque, diante de um surto hematogenico, ninguem deve ficar inactivo. Quanto ao valor que o dr. Grieco dá às estatísticas, teria procedencia se estes fossem unanimes, em um sentido ou outro. Mas, deante da sua completa disparidade, não ha outro recurso senão estudar casos isolados, bem demonstrativos. E se o dr. Grieco deseja estatísticas, numeros, pode citar a de Martysrosky com 2376 casos, favorabilissima aos saes de ouro e a de León Bérnard com mais de 800 casos, todos de Dispensario, com igual resultado. Assim acha realmente arriscado o criterio de seu collega. Quanto à opinião do dr. Grieco, como medico de Dispensario, recorda que na 8.<sup>a</sup> Conferencia International contra a Tuberculose, reunida em Haya, o grupo mais numeroso era o dos que realmente consideram o ouro como factor curativo, e esse grupo era constituído, em sua maioria precisamente por medicos de Dispensarios.

Deante da impressão do dr. Jairo, estribada nas observações do Hospital de Jaçanã, assinala primeiramente que os casos desse Hospital são, em geral, casos muito graves e quanto à inefficiencia dos saes de ouro, cita as conclusões de recente trabalho de Courmont e de seus colaboradores em que estes estabelecem experimentalmente, "in vitro" e "in vivo" a maior acção bactericida e inhibidora das culturas de bacilo de Koch, pelos sôros e urinas dos doentes tratados pelos saes de ouro. Tem, pois, essa acção uma base experimental. Julga assim que a relatividade de sua efficiencia no tratamento da tuberculose pulmonar decorre de ainda não estar bem de-

terminada a sua posologia mais adequada.

**Tuberculose intestinal** — Dr. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO. — O A. apresenta sete observações da tuberculose intestinal, de localização e extensão variadas, três delas com exames anatomo-pathológicos comprobatórios. Faz considerações sobre os quadros clínicos e anatomo-pathológico, extendendo-se principalmente na analyse do aspecto radiológico que é a razão de ser da comunicação. Salienta o aspecto relativamente ca-

racterístico das operações verificáveis aos raios X, pelo clyster opaco, mostrando sua importância para estabelecer o diagnostico do processo quanto a natureza, séde e extensão. Estuda ainda a questão das vias de disseminação, apresentando um caso de tuberculose miliar do appendice de origem evidentemente hematogénica e chamando a atenção para a extenção das lesões pulmonares abertas na maioria dos outros casos. — Dr. Sábio de Freitas, secretario *ad hoc*.

#### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 28 DE JUNHO

Presidente : Dr. A. TISI NETTO.

**Conceto actual das intervenções phrenicas no tratamento da tuberculose pulmonar** — Dr. SEVERINO DE REZENDE. — O A. inicia a sua conferencia fazendo um estudo critico dos processos cirúrgicos phrenicos empregados no tratamento da tuberculose pulmonar, salientando o estado de confusão ainda existente sobre essa importante questão.

Analysando summariamente o mecanismo physio-therapeutico da operação de Sturtz e a modificação de Felix e Gotze, affirma que, no momento actual, não é possível estabelecer rigorosamente a indicação desses methodos.

Propõe então que, enquanto não estiver definitivamente assentado tal assumpto, se indique mais vezes a paralysia temporaria do nervo phrenico, em substituição á exerese ampla.

Documenta em seguida o seu ponto de vista, expondo interessantes

casos de sua observação clínica e do serviço de tuberculose do Pavilhão Carlos Seidl do Hospital São Sebastião do Rio de Janeiro. Esclarece que o processo foi realizado pela primeira vez no Brasil pelo dr. Alberto Renzo, em cujo serviço vem realizando frequentemente novos methodos de tratamento da tuberculose pulmonar.

Finalizando, diz o orador que o dr. Arlindo de Assis, presidente da Sociedade Brasileira de Tuberculose, autorizava-o a declarar que aceitava o convite para realizar uma conferencia sobre a vacinação anti-tuberculosa, no congresso a realizar-se em setembro proximo nesta Capital. Declara o orador que tambem virá tomar parte naquelle congresso aceitando, assim, de bom grado o convite que lhe foi feito pela Secção de Tisiologia desta Associação. — Dr. Armando de Almeida Marques, secretario.

#### SECÇÃO DE TISIOLOGIA, EM 23 DE JULHO

Presidente : Dr. JAIRO RAMOS

**Plano mínimo de organização sanitaria da lucta contra a tuberculose de S. Paulo** — Dr. CLEMENTE FERREIRA. — Este trabalho foi lido pelo dr. Santos Fortes, por se encontrar o dr. Clemente Ferreira em Santos, impossibilitado de comparecer á reunião.

Por proposta do Sr. Presidente este trabalho será enviado á commissão de relatores do plano geral de lucta contra a tuberculose no Estado de São Paulo. Esta commissão deverá dar o parecer a respeito da campanha em outubro proximo, conforme á foi estabelecido.

**Corpo estranho intrapleural no decurso do tratamento pelo pneumothorax (a respeito de um caso).**

— DR. FLEURY DE OLIVEIRA. — O A. descreve um caso em que apesar o tratamento pelo pneumothorax artificial acompanhado de derrame pleural serofibrinoso houve o aparecimento de um corpo de fibrina livre na cavidade pleural, cuja origem atribui a um coágulo de sangue proveniente de uma picada da agulha do apparelho de pneumothorax, ao redor do qual se aglutinou a fibrina presente na cavidade pleural.

Saliente a raridade de tais corpos, cita outros autores que descreveram casos semelhantes e mostra radiographias em diversas posições que evidenciam a presença do corpo de fibrina.

COMENTARIOS: O dr. Ruy Doria refere que já teve a oportunidade de observar um caso semelhante ao apresentado, na sua clínica particular. Tem ainda a observar que a denominação de "corpo estranho" não lhe parece muito feliz e na sua opinião acha melhor a denominação de "corpo livre" também adoptado por muitos autores.

O dr. Nestor Reis quer apenas saber, visto que o dr. Fleury não refeiu, se o corpo estranho encontrado no seu doente desapareceu, e, neste caso, qual foi o tempo em que tal facto se deu.

O dr. Fleury de Oliveira responde ao dr. Doria, dizendo que a denominação "corpo estranho" já é muito antiga e diffundida e ao demais é de notar que nem todos os corpos estranhos desta natureza são livres como indicaria a denominação do dr. Doria, pois alguns são fixos ou pediculados. Ao dr. Nestor Reis informa que o seu paciente ainda apresenta o corpo estranho nas mesmas condições do inicio da observação.

**Formas de hypersensibilidade caseo-pneumonica.** (Tuberculose pulmonar). — DR. FLEURY DE OLIVEIRA. — O A. define tal forma de tuberculose pulmonar como sendo de evolução aguda e exato as mais das vezes lethal. É a pneumonia caseosa massiva ou a tuberculose generalizada immediata ao complexo primário.

Faz referencias sobre a possibilidade de inicio brusco da tuberculose pulmonar, cita estatísticas e salienta a importancia do conhecimento de tal facto. Diz que esta forma de tuberculose pulmonar está condicionada a um fraco grão de imunidade em relação ao bacilo de Koch, sendo encontrada nos povos virgens de tuberculose ou quasi. Diz mais que esta forma é a mais frequente na puberdade podendo tambem ser encontrada em outros periodos da vida. Na tisiogenese da forma de hypersensibilidade caseo-pneumonica faz entrar o factor super-infecção ao lado da presença de complexo primário recente ou ainda activo, chamando a atenção para o pequeno tempo geralmente existente entre a primo-infecção e a super-infecção vulnerante, não dando tempo a que o organismo atinja um alto grão de resistencia especifica. Refere ainda a possibilidade de uma origem hematogenica.

Expõe depois a symptomatologia aguda da molestia, fala na possibilidade de confusão com a pneumonia franca, no inicio, e logo após, com outras formas exsudativas tuberculosas de inicio mais ou menos agudo. Allude à possibilidade de um decurso menos maligno da forma principalmente quando sobrevenem concomitantemente um derrame pleural. A laryngite especifica é, as mais das vezes, precoce, podendo tambem haver perturbações intestinais. Os doentes falecem quasi sempre entre os 2 e 6 meses.

Como tratamento, ao lado do regime higieno-dietético, aconselha o pneumothorax, podendo prever-se quasi sempre o seu insucesso, devido ao bloco pneumonico que não se comprime e à presença precoce de adherencias ao lado da possibilidade, sempre em jogo, da formação de infiltrados-filhos.

Expõe a seguir 6 observações de doentes do Hospital São Luiz Gonzaga, sendo 2 ainda na puberdade e os restantes com mais de 20 annos. Todos faleceram antes de 5 meses de molestia; 2 eram pardos e 4 negros. Nenhum doente referia contágio extra-familiar ou pessoa doente na familia.

**COMENTARIOS:** O dr. Homero Braga pede licença para lêr a parte de um artigo que recentemente publicou na Revista Medica do Paraná, anno IV, n.os 6 e 7, pgs. 244 a 247, em que expõe o seu ponto de vista a respeito das formas de hypersensibilidade caseo-pneumonicas tuberculosas.

O dr. Ruy Doria refere que as suas conclusões sobre estas formas de tuberculose são as mesmas tiradas pelo dr. Fleury. Em todos os seus casos procurou se havia contagio familiar ou extra-familiar e não os encontrou. Pensa por isso que pouco valor se deve dar ao factor contagio, neste sentido, e maior a resistencia do individuo para a molestia. Sua verificação demonstra que aquelles doentes que antes de se tornarem tuberculosos conviviam com tuberculosos declarados, não apresentam, uma vez doentes, esta forma caseo-pneumonica. Ultimamente observou esta forma em 3 pretos e tem visto com relativa frequencia entre japo-nezes. Quanto á terapeutica, o pneumothorax não tem dado resultado. Teve já um caso de cura espontanea, e tambem não tem obtido resultados com os saes de ouro.

O dr. Nestor Reis refere de inicio que apreciou o trabalho do dr. Fleury, mas que não concorda com uma das suas conclusões, a que diz respeito ao factor raça. Parece-lhe que o facto de o dr. Fleury ter encontrado a forma de hypersensibilidade caseo-pneumonica apenas em pretos e mestigos não autoriza a concluir serem estes individuos predispostos á essa forma de tuberculose. Acha que se trata mais possivelmente de uma questão de resistencia do individuo, ou então que se deva procurar as causas antes no factor classe social do individuo. Na sua opiniao tem mais valor, neste sentido, a classe social a que pertence o individuo do que a raça.

O dr. Tisi Netto, commentando a symptomatologia destas formas de tuberculose, faz notar a possivel confusão com aquella da infecção typhica, dado os quadros por vezes muito semelhantes. Nestes casos o contingente trazido pelo laboratorio é de grande valia. Quanto á terapeutica, acha que os tisiologos se en-

contram actualmente desarmados. Na sua clinica tem empregado os saes de ouro e o pneumothorax therapeutico sem resultados. Lembra que Mac-Dowel, no Rio, está empregando e divulgando o uso do Gadusan usado por meio do Gottinjection Seabra.

O dr. Jairo Ramos acha que o trabalho do dr. Fleury deve ser divulgado em jornal medico de clinica geral e não especializado, para levar até aos clinicos conhecimentos ahi expostos e que julga de alto interesse para o clinico, principalmente no que diz respeito á etiologia e symptomatologia, mórmente á symptomatologia do inicio da molestia. Estes pontos bem aclarados põem os clinicos a salvo de erros ou duvidas. Refere estes pontos porque já teve, ha annos, dois casos nestas condições. Trava-se de dois pretos, primo-irmãos, que trabalhavam na Mayrink-Santos e deram entrada na 2.ª Enfermaria de Homens da Santa Casa de São Paulo, ficando a seu cargo. Um delles apresentou-se com um quadro clinico typico de pneumonia lobar, e morreu de pneumonia caseosa e pericardite fibrinosa. O outro passou 3 meses na enfermaria, onde deu entrada tambem com um quadro clinico de pneumonia lobar e ainda com uma symptomatologia que não pôde explicar. Fizera então o diagnostico de nephrose pneumonica, dado o grande edema generalizado que o paciente apresentava. Depois este edema desapareceu e o doente veio a falecer. A autopsia revelou broncho-pneumonia tuberculosa e rins absolutamente integros. Em vista disto acha que se deve procurar com cuidado e insistencia o bacillo de Koch no escarro dos doentes portadores de pneumonias bastardas, isto é, de evolução torpida.

Outro facto para o qual tambem quer chamar a attenção é no que diz respeito ao contagio que, regra geral, não é encontrado.

O dr. Fleury de Oliveira diz que concorda com o dr. Homero Braga quando este diz que a immunidade nem sempre acompanha a alergia, parecendo mesmo que na pneumonia caseosa tem-se uma confirmação das opiniões do Rich, isto é: do lado

de uma imunidade fraca, alegria pronunciada.

Ao dr. Doria nada tem a responder.

Ao dr. Nestor Reis responde dizendo que acha que os negros têm uma resistência menor à tuberculose e isto percorrendo o arquivo do Hospital S. Luiz Gonzaga, que obriga somente indigentes, sujeitos portanto a um regime de vida semelhante, encontrou 6 casos de forma de hy-

persensibilidade caseo-pneumonica; todos os 6 casos eram de indivíduos pretos, considerando por isso justa a sua afirmação de que a raça preta é menos resistente à tuberculose pulmonar.

Concorda com o dr. Tisi Netto, na dificuldade de diagnóstico com a febre typhoide e promete interessar-se pelo tratamento com o gottingjetor, lançando mão do Gadusan. — Dr. Armando de Almeida Marques, secretario.

### SECÇÃO DE CIRURGIA, EM 10 DE SETEMBRO

Presidente : DR. EURICO BRANCO RIBEIRO

**O metabolismo basal no megaesophago e no megacolon** (Nota previa) — DR. ALIPIO CORRÉA NETTO. — O autor após fazer um breve resumo dos estudos sobre o megaesophago-megacolon recentemente feitos em São Paulo e baseado no trabalho do dr. Eduardo Etzel, que considera o megaesophago como sendo uma afecção systematisada no sistema nervoso autônomo tomada por uma carença crônica e incompleta da vitamina B, teve a idéia de pesquisar o metabolismo basal desses doentes, pois se no hyperthyroidismo Crile afirma que se trata de uma hipertonia deste sistema, no megaesophago em que Etzel considera como havendo uma lesão deste mesmo sistema, deveria haver queda do metabolismo. Realmente, praticando a medição do metabolismo em 22 portadores de megaesophago, encontrou indícios suficientes para poder

considerar o metabolismo diminuído nestes doentes. Deixando assinalado o assumpto com esta nota previa, promete voltar ao mesmo, brevemente, com maior documentação.

**Sarcoma do Mesenterio** — DR. MARIO OTTOBRINI COSTA. — O autor relata um caso de tumor do mesenterio em uma criança que teve a oportunidade de operar. Trouxe este caso dado a interessante symptomatologia e o resultado do tratamento cirúrgico.

**Contribuição ao estudo da plasticidade mammaria** — DR. ANTONIO PRUDENTE. — O autor faz longa comunicação, abordando a technique cirúrgica da plasticidade mammaria. Documenta abundantemente os diversos processos empregados, com as suas observações, mostrando numerosos casos em que obteve pleno sucesso. — Dr. Eduardo Etzel, secretario.

### SECÇÃO DE MEDICINA, EM 20 DE SETEMBRO

Presidente : DR. MENDONÇA CORTEZ.

**Noções sobre a embryologia e histologia da thyreóide** — DR. ANDRÉ DREYFUS. — Embriologia: a glândula thyreóide origina-se do endoderma situado entre os arcos branchiões à cesta da invaginação do mesmo.

Esta origem explica as anomalias e as localizações dos restos embryonários, pela regressão incompleta do tecido que primitivamente ligava a

glandula ao framêncigo na base da língua.

Histologia: Architectura geral e em particular do folículo thyreóideo com a sua vesícula e a substância coloide; detém-se no estudo da cellula, sua disposição em epitelio sem membrana basal diferenciada, portanto em estreitas relações com os vasos. Estuda especialmente o cytoplasma contendo for-

mações que demonstram a natureza glandular da cellula; passa então ao estudo da substancia colloide e a seguir do epithelio interfollicular, vasos e nervos, notando a riqueza excepcional em vasos mesmo em confronto com as demais glandulas endocrinias.

**Histophysiology:** Mostra quão obscuro ainda é o assumpto, discute o caminho seguido pela secreção, para o colloide ou para os vasos. Estuda as modificações histologicas da glandula em hyperfuncção e em hypo-funcção; conclue achando ser a substancia colloide, provavelmente uma substancia de reserva.

Conclue dizendo como Maximow:

1.º) o exame histologico da glandula não permite avaliar sua actividade; 2.º) uma decisão final não foi dada em relação ao mecanismo da secreção na thyreide.

**Algumas considerações sobre anatomia-pathologica da thyreide.** — DR. CONSTANTINO MIGNONE. — O autor relata os varios aspectos macro e microscopicos da thyreide no mal de Basedow; descreve um quadro anatomo-pathologico tipo que se encontra nas thyreoides primitivamente acomettidas caracterizando o estruma basedowiano

genuino. Considera como caracteres mais importantes para o diagnostico histologico: 1.º) polymorphismo das vesiculas thyreoidianas; 2.º) a ausencia ou a diminuição accentuada da substancia colloide; 3.º) epithelio glandular cylindrico mono ou pluries tratificado. Apresenta um quadro de Aschoff classificando os diferentes tipos de estruma.

Os estrumas diffusos ou nodosos podem apresentar areas ou basedowificação, as quaes são de tamanho e numero variaveis desde areas microscopicas até quasi toda a glandula. O estruma colloide diffuso é o tipo mais commun de estruma basedowiano encontrado.

Com muita frequencia Aschoff observou, acompanhando o quadro clinico de Basedow, um estruma colloide macrofollicular proliferante.

Saliente por fim que as lesões anatomo-pathologicas não correspondem ao quadro clinico — o quadro histologico não nos fornece nenhum esclarecimento para a avaliação do grão clinico de gravidade da molescia; os mais graves symptomas basedowianos coexistem com fócos pequenos e isolados de basedowificação, identificaveis com a maior dificuldade. — DR. PAULO DE ALMEIDA TOLEDO, secretario.

## SECÇÃO DE OBSTETRICIA E GYNECOLOGIA, EM 28 DE SETEMBRO

Presidente: DR. EDGARD BRAGA

**Evolução febril do typho palustre em um caso de prenhez tubária.** — DR. ROMEU LEÃO CAVALCANTE. — Na observação de um caso tratado primitivamente como malaria, verificou-se mais tarde tratar-se de affecção gynecologica que, foi pelo autor, diagnosticada: retroversão uterina fixa e pyosalpinse esquerdo. Aberto o ventre, em laparotomia praticada pelo autor, verificou tratar-se de prenhez tubária rota, com derrame hemático retro-pelviano supurado. Tocco commentários sobre a evolução da molestia, therapeuticamente empregada, operação e drenagem a Nickulicz e resultados. Comenta ainda os diversos modos de terminação das prenhezes ectopicas.

**COMENTARIOS:** Posto em discussão o trabalho, foi o mesmo discutido pelos drs. Oliveira Pirajá, J. Medina e B. Tolosa. O dr. Braga a seguir agradece a contribuição, comenta-a e cita um caso de sua clínica semelhante à observação trazida pelo dr. Cavaleanti, cujo diagnóstico foi esclarecido pela punção em Douglas.

**Tratamento das cervicites chronicas** — DR. JOÃO PIRES. — O autor apresenta seu trabalho sobre o "Tratamento das cervicites chronicas", descrevendo as lesões chronicas da cervix. Estuda as opiniões e estatísticas dos autores e dos mestres da especialidade e termina apresentando

sua contribuição pessoal, declarando-se adepto do tratamento pelo Causítico de Filhos, quando feito com technica e os necessarios cuidados.

COMENTARIOS: Na discussão o J. dr. Medina, mostra-se em desacordo com o autor quanto aos resultados obtidos pelo emprego do Caus-

tico de Filhos e da diathermo-coagulação, achando que o tratamento de eleição das cervicitis chronicas ainda é a cauterização repetida pelo nitrato de prata a 10% ou pelo chloreto de zinco a 5, 10, 20, ou 30%. — Dr. Oliveira Pirajá, secretario *ad hoc*.

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

### SESSÃO DE 30 DE OUTUBRO

Presidente: DR. ALVARO DE COUTO BRITTO.

**A seleção á entrada das Universidades** — DR. E. DE AGUIAR WHITAKER. — Referiu o A., preliminarmente, á criação de uma comissão, em agosto ultimo, afim de debater e estudar a questão. Em seguida, demonstrou os methodos, em progresso, para o estudo da personalidade que prevalece hoje, a concepção unitaria personalista de W. Stern. Em seguida, o A. apresentou um plano amplo de selecção, tomando em conta os diversos factores que pesam. Segundo os dados que foi possível ao A. obter, a medida acha-se concretizada na Alemanha, U.R.S.S., Tchecoslovachia e China. Concluiu

o A. que das possibilidades do ambiente decorrerá a concretização de um ideal de summo interesse, cujos benefícios á collectividade no terreno pratico serão consideraveis.

**O symbolo de Don Galaaaz** — DR. HILARIO VEIGA DE CARVALHO. — O A. demonstrou como esse symbolico personagem do tempo da Cavallaria, da sublimação mistier, ainda hoje tem representantes nos nossos contemporaneos. Fez o estudo historico, psychologico, psychiatrico e puramente medico dessa modalidade de coitophobia, apresentando observações concludentes.

## Sociedade de Ophthalmologia de S. Paulo

### SESSÃO DE OUTUBRO

Presidente: DR. DANTON MALTA

**Operação de Barragner; minha technica actual** — DR. BELFORT-MATTOS. — O autor, após referir-se ás suas communicações anteriores sobre o assumpto, relata as pequenas modificações de technica que usa actualmente, salientando sobretudo que substitui a sutura da cornea pela sutura conjuntivo-conjuntival, que reconhece de mais valor. Insiste tambem particularmente sobre a dilatação pupilar e sobre o repouso do doente, que considera essenciais para o exito da operação.

**Dados recentes sobre a etiologia do trachoma** — DR. A. BUSACA. — O autor salienta que teve já occasião de resumir os seus estudos sobre etiologia do trachoma, seja nesta Sociedade, seja na 1.<sup>a</sup> Reunião Brasileira de Ophthalmologia, mas estas communicações não despertaram aqui nem o interesse nem a atenção que o assumpto por si mesmo merece.

Tem agora o prazer de comunicar que os seus estudos foram plenamente confirmados num trabalho pu-

blicado recentemente por Cuenod e Nataf. Estes autores descrevem nos nódulos trachomatosos os mesmos corpúsculos que o A. tinha descripto há dois anos e também os interpretam como Rickettsias. Sobre a prioridade do A., não há dúvida alguma, pois que ella é expressamente reconhecida por Cuenod et Nataf. O A. salienta estes factos, pois que, depois desta autorizada confirmação, aumentaram as probabilidades de que o problema da etiologia do trachoma se oriente para uma solução na qual lhe cabe uma parte fundamental.

**Syphilis da esclerótica** — DR. MOACYR E. ALVARO. — O A. refere o caso de uma menina de 10 anos de idade que se apresentou à consulta com signos clínicos de uveite, à qual foi prescrita a medicação usual, sendo solicitados os exames complementares necessários, entre os quais o do nariz, por apresentar uma lesão nasal. Pelo oto-riño-laringologista foi feito o diagnóstico de syphilis, sendo desde logo a paciente submetida a tratamento antiluetico pela administração de bismutho, mercurio e iodo, indicados pelo médico clínico assistente. Passadas seis semanas voltou a paciente à consulta apresentando dois syphilitomas da esclerótica, que, pelo tamanho, natureza e localização, amea-

çavam a destruição rápida do globo ocular. As lesões nasas não haviam melhorado. Foi então instituído, além do tratamento indicado, a therapeutica arsenobenzolica pela via endovenosa. Após as primeiras injecções, as lesões entraram a regredir, desaparecendo um e depois o outro nódulo. Salienta o A. a relativa raridade do caso descripto e o seu interesse pela nenhuma acção do tratamento antiluetico empregado anteriormente ao arsenobenzol, contrastando a eficácia deste último. Estuda a seguir a entidade morbida descripta, referindo a bibliographia do assumpto e conclue por aceitar a nomenclatura proposta por Iggersheimer de "Syphiloma" em substituição à outra, menos exacta, de "Gomma" da esclerótica.

**Crystallino calcáreo**. — DR. MOACYR E. ALVARO. — O A. apresenta à Sociedade um crystallino inteiramente calcificado, de tamanho considerável, extrahido do olho de um paciente com cataracta complicada. Após referir-se à historia clínica do paciente e descrever os artifícios de technica empregados para a extração do crystallino calcificado, promete voltar ao assumpto quando tiver podido proceder ao estudo químico e histológico do mesmo crystallino.

## Sociedade de Urologia de S. Paulo

SESSÃO DE 9 DE NOVEMBRO

Presidente: DR. GERALDO VICENTE DE AZEVEDO.

**Significação clínica das vesiculites crônicas. As vesículas como séde de infecções focais** — DR. BELMIRO VALVERDE. — O A. começa sua conferencia dizendo que o problema clínico das vesiculites crônicas é um dos mais importantes da patologia médica, embora pudesse parecer, aos que vêm superficialmente a este assunto, sómente ligado à urologia.

Mostra as ligações do assumpto com a cirurgia, a neurologia, a clínica médica e a medicina social, citando factos de doentes seus que fo-

ram operados de appendicite crônica, em virtude de dôres na zona appendicular e que só ficaram livres de suas dôres depois que fizeram o tratamento das suas vesiculites. Refere às ligações com a neurologia pelas perturbações nervosas sentidas pelos doentes, desde a mudança do humor, irritabilidade, até as graves crises de neurasthenia, com tendência ao suicídio, etc..

Relativamente à clínica médica as ligações são intimas e subtils, ora sob a forma de distúrbios gastro-

intestinaes, colicas de varias naturezas, dôres de diferentes sédes, ora sob o aspecto de intoxicação geral do organismo da maior gravidade. A parte referente á medicina social é muito importante porque diz respeito ao phénomeno da pyospermia, base da esterilidade do homem, por tornar impróprio o meio vesicular á vida do espermatozoide.

O problema é, portanto, muito mais serio e interessante do que parece, para os que vêm tudo superficialmente, e vem dar á urologia medica o valor e a posição que ella deve desfrutar no campo da medicina, porque na parte clínica da urologia estão localizadas questões basicas da especialidade, de diagnostico difícil e de particular importancia, chamando a attenção para certos assumptos somente agora estudados pela urologia brasileira, taes como as vesiculites chronicas, as prostataes de toda natureza, a syphilis do apparelho urinario (urethra, bexiga, rins, etc.), as urethritis chronicas, as perturbações genitais dos mocos, as parasitoses vesicaes, os varios syndromes urinarios, etc..

Entrando no diagnostico das vesiculites chronicas, o dr. Valverde dá grande valor ao exame directo das vesiculas, pelo toque rectal, apesar da sua apparencia de banalidade. Estuda, em seguida, os symptomas das vesiculites, descrevendo o verdadeiro syndrome doloroso que a caracterisa e explicando o seu mecanismo pela innervação das vesiculas.

Assim se explicam os phénomenos dolorosos que passa a descrever: dôres locaes, dôres testiculares; ejaculação dolorosa; dores rheumatoïdes de séde variável; dôres irradiadas para os rins e ureteres; dôres lombares e hypogastricas; dores irradiadas para a bexiga e coxas; uretraes; arthrites e rheumatismos; dores osseas de multiplas localizações; colicas nephriticas; colicas hepaticas; surtos de orchi-epidimytes de repetição. Completando a symptomatologia, o dr. Valverde refere-se ás insomnias, perturbações gastro-intestinaes, disturbios nervosos varios, desordens genitais de multiplas aspectos, descrevendo-as e citando observações.

Passa, depois, a estudar as vesiculites como séde de infecções focaes, produzindo a intoxicação geral do organismo. Põe em relevo os trabalhos dos autores americanos nesse particular, citando os estudos de Billings, Rossenow, Price, Sugar e Gibier-Rambaud, para estudar mais pormenorizadamente as observações de Young e Luya, que se referem a esse assumpto, sem maior detalhes.

Descreve, então, o syndrome toxemico, que vem, ha annos, observando nos seus doentes de vesiculites chronicas, syndrome caracteristico por phénomenos de intoxicação geral do organismo, constando de: grande prostração, cansaço, indisposição para o trabalho, perda de memoria, emmagrecimento, inappetence, perturbações intestinaes, desordens genitais, indisposição sexual, pallidez caracteristica, irritabilidade nervosa, mau humor, crises neurasthenicas etc.. Nesses casos é a inflammatio chronica das vesiculas seminaes que age como um fóco occulto de infecção, cançando na corrente circulatoria os productos toxicos elaborados pelos germens ahi localizados, os quaes vão produzir, a distancia, os males descriptos.

Cita observações confirmadoras do que refere e passa a se ocupar do tratamento das vesiculites chronicas. Emprega o dr. Valverde as lavagens urethro-vesicaes, massagens das vesiculas e prostata, dilatações uretraes, urethroscopia, cauterizações e tratamentos endoscopicos, terminando na pura lavagem das vesiculas, intervenção que dá resultados seguros, já tendo o orador praticado noventa e seis operações, sendo que trinta e um dos operados eram medicos, o que torna a sua estatística interessante.

Termina, fazendo projecções de radiographias das vesiculas, para esclarecer certos pontos de interpretação das mesmas e outros aspectos de lesões da urethra posterior, etc..

**Sobre dois casos de bexiga contrahida — Dr. RODOLPHO DE FREITAS.** — Depois de relatar duas observações de doentes com incontinencia de urina consequente á redução quasi total da capacidade da bexiga, as quaes são documentadas com exa-

mes urographicos, provas funcionais e exames de laboratorio, o autor fez breves considerações sobre a etiopathogenia, a anatomia pathologica, symptomatologia, diagnostico diferencial, evolução, tratamento e diag-

nostic da affecção, procurando evidenciar a existencia da mesma independentemente da tuberculose e da syphilis urinarias, ás vezes mesmo na ausencia de qualquer infecção genitourinaria anterior.

## Club Zoologico do Brasil

### SESSÃO DE OUTUBRO

**A girafa na historia e na arte**  
- PLINIO DE BARROS MONTEIRO. — Os girafideos africanos se prestam para assumpto dessa natureza, razão de ser da longa e interessante digressão que ora se faz.

**A ceramica pré-historica paulista** - RUY TIBIRIÇÁ. — A ceramica amazonica, primitiva, se caracteriza pelos seguintes detalhes: nas figuras planas nunca se observam esbogos de animaes ou de plantas; quando, em relevo, aparecem configurações de representantes da nossa fauna e da nossa flora. Nas rochas, em inscrições lapidares, são visíveis certas figuras, signaes ou simbolos de pouca significação. Entretanto, na ceramica pre-historia paulista, já se nota graça e arte, nos desenhos feitos e que foram, agora, transportados para o papel, a cores.

**Notas de ornithologia amazonica** - OLIVERIO PINTO. — O inte-

resse que se liga a uma pequena série de passarinhos, caçados em Manaus por Olalla, e adquiridos ultimamente pelo Museu Paulista, prova que muito ha ainda que estudar na avifauna da Amazonia, uma das mais ricas do mundo. Entre os exemplares mais valiosos da dita série, figura uma femea adulta de "Caponias berlepschi" Snethlage, passarinho até hoje conhecido apenas pelo especie typico, proveniente de Faro, no Jamundá. Alguns, como "Tangara coelicolor" Scl. e "Tangara velia" Hartl, representam espécies não mais obtidas no Brasil depois de Natterer; outros, comquanto conhecidos em varios pontos da Amazonia, são de encontro alli bastante raro. Um bonito exemplar de "Chlorophanes spiza" Linn. prova pertencerem as aves do Amazonas á raça "caeruleolens", propria da Bolivia, resolvendo questão controvérsia.

## Universidade de São Paulo

### CONFERENCIA DO DIA 22 DE OUTUBRO

**Alguns aspectos dos problemas da sexualidade** - PROF. ANDRÉ DREYFUS. — O conferencista iniciou a sua exposição, mostrando que o problema da determinação do sexo preocupa o homem desde os primeiros tempos e tem justificado as mais esdruxulas theorias, pois, havendo apenas dois sexos, qualquer previsão tem 50% de probabilidade de acertar. Mostrou em seguida que

só depois de estabelecida a theoria cellular, que permitiu comprehendere a estructura intima e as semelhanças existentes entre os mais diversos seres, foi possível um tratamento científico do problema. A descoberta da lei de constancia do numero dos chromosomas, bem como a demonstração de que esse numero é reduzido para metade nas cellulas sexuaes, permitiu entrever o mecanismo das

diferenças entre os sexos. E' assim que existem seres nos quais o macho differe da femea por possuir menos um chromosoma do que ella (tipo XO). Dahi resulta a formação de dois typos de espermatozoides, uns contendo 1 chromosoma mais do que o outro. O primeiro typo (com chromosoma X), fecundando um ovulo — todos os ovulos têm o mesmo numero de chromosomas que o espermatozoide do primeiro typo e, portanto, um chromosoma X — dará um producto com dois chromosomas X, que será uma femea. O segundo typo de espermatozoide (sem chromosoma X) dará, em identica situação, um producto XO, isto é, um macho.

Estuda, a seguir, o typo XX (femea), XY (macho), caracterizado pelo facto de haver o mesmo numero de chromosomas nos dois sexos, mas no macho os dois chromosomas sexuaes — chamam-se assim aquelles que se apresentam differentemente nos dois sexos — são de forma e tamanho diferentes, enquanto que, na femea, são, como no primeiro caso, iguaes. Aqui tambem o sexo depende do espermatozoide, pois o typo X será, como no primeiro caso, factor de femeas, o typo Y, factor de machos.

Mostra depois o typo ZZ, ZW, onde uma diferença existe nos chromosomas da femea, de sorte que aqui o sexo depende do typo de ovulo. Analyza a possibilidade da existencia de outros typos e mostra que a especie humana se deverá enquadrar num dos dois primeiros typos e que, portanto, nella o sexo depende do espermatozoide. Analyza, em seguida, as tentativas feitas para a obtenção á vontade de um dos sexos, procurando favorecer a vitalidade de um dos typos de espermatozoide (Unterberger, Sanders) ou separando-os por processos apropriados (Koltzoff e Schroeder). Fala sobre as causas possiveis da maior natalidade de meninos.

Mostra um exemplo de heranças, antigamente inexplicavel e hoje facilmente comprehensivel, em consequencia das acquisições feitas no domínio em apreço. E' a herança chamada "semi-linined". Estudada primeiramente por Morgan na Drosophila, confirmada em varias espécies por diversos autores, foi aplicada ao homem onde a hemophilia (Wilson), o daltonismo e algumas outras doenças se herdam exactamente dessa maneira.

#### CONFERENCIA DO DIA 28 DE OUTUBRO

**Alguns aspectos dos problemas da sexualidade** — PROF. ANDRÉ DREYFUS. — Depois de recordar os resultados a que chegara na primeira conferencia, tratou o professor André Dreyfus do gynandromorfismo, isto é, da existencia de séres que são um verdadeiro mosaico sexual no espaço, pois apresentam zonas masculinas ao lado de outras femininas. Mostra que, de um modo geral, é possivel uma interpretação de tal fenômeno em termos da explicação chromosómica. Estuda, a seguir, a intersexualidade, especialmente nas borboletas. Na intersexualidade estamos diante de um mosaico sexual no tempo, pois o ser começa a sua evolução com um certo sexo e, num dado momento, ponto de viragem, evolue com os caracteristicos do sexo opposto, de tal maneira que tudo quanto adquirira na primeira phase pertence a

um sexo, enquanto que os caracteres adquiridos depois do ponto de viragem se apresentam como do sexo opposto. Analyza a interpretação de tais fenômenos, especialmente a teoria de Goldschmidt, inspirada em velhas concepções segundo as quais todo sér é potencialmente bissexuado, dependendo o sexo apparente da predominância das substâncias masculinas ou femininas. No intersexuado, motivos diversos, segundo o typo de intersexualidade considerado, fazem com que as substâncias que predominavam no começo da evolução do sér passem a ser superadas pelas do outro sexo. Mostra como ha perfeito accordo entre a teoria em questão e a do sexo, baseada nos chromosomas sexuaes, a qual despreza um dos componentes sexuaes considerados como constante, coisa perfeitamente legitima na sexualidade

normal. Representa, assim, a theoria chromosomica uma primeira aproxi-mação, sendo a theoria de Gold-schmidt uma concepção mais completa dos phenomenos da sexualidade.

Faz referencias ás theorias hormo-nica e metabólica do sexo, analysan-do alguns exemplos. Em seguida, trata das relações entre sexualidade e parasitismo, bem como do curioso

caso da Bonellia. Estuda a Inversão sexual nos batrachios, especialmente no sapo, e termina por uma breve analyse dos phenomenos da inter-sexualidade nos vertebrados superiores e no homem. Conclue mostrando que, nos chaos apparentemente insolúvel dos phenomenos da sexualidade, a biologia moderna já conseguiu dar explicações satisfactorias de muitos phenomenos observados.

#### CONFERENCIA DO DIA 1 DE NOVEMBRO

**As doenças através dos tempos**  
- PROF. A. DE ALMEIDA PRADO. — Rever toda a pathologia através dos tempos é tarefa audaciosa, senão mesmo temeraria. Quem poderá ja-mais surprehender todas as accommodações biologicas que se operaram através dos seculos, tanto no que toca aos organismos pathogê-nicos, como á especie humana, e de que resultaram a harmonia das fun-cções organicas, isto é, a saude, e a ruptura dessa eurythmia, isto é, a doença? Não obstante, a sciencia tem determinado, e cada dia com maior rigor, essa longa marcha evolu-tiva. E, facto paradoxal, as doenças que, do ponto de vista historico, estão melhor esclarecidas, são justamente aquellas que despontaram com o advento do homem na face do pla-neta.

As impressões deixadas por ellas nos ossos encontrados aqui e alli, em diferentes épocas, permittiram uma reconstituição prehistoricaria admira-vel da pathologia, na chamada paleopathologia, ao passo que as narrativas, os textos posteriores es-criptos por leigos ou mesmo por me-dicos, mas ainda no alvor da medici-na, são menos elucidativos. Pedem uma exegese, enquanto os outros dão elementos para um diagnostico retrospectivo.

Passa, em seguida, á analyse desses depoimentos paleopathologicos, exame de estygmas deixados nos esqueletos do homem fossil e pre-historico, exame de mumias, de textos, e de

objectos archeologicos, de uso domes-tico ou de ornamentação fune-rraria.

Mostra como as manifestações arthriticas, os estygmas osseos da paralysia infantil, outros processos osseos pathologicos, como a osteite deformante de Paget, o rachitismo, etc., remontam á pre-historia.

A seguir, estuda a syphilis e a tuberculose pre-historicas, os tumo-res osseos, a trepanação e as fracturas, estudos de que os elementos icono-graphicos, documentos osseos e ar-ckeologicos, mostram a existencia muitas vezes secular.

Toca, depois, brevemente, na his-tória das edemias e das doenças mais recentes.

Existem molestias novas? — Sim, as criadas pelas modernas condições de vida, as doenças das camaras pneumáticas, dos aviadores, as doenças profissionaes, por exemplo, e as decorrentes de todos os onus impos-tos pela vida social e collectiva de hoje.

Mas, no fundo, a variabilidade do quadro é minima. A especificidade da acção microbiana é invariavel. O que varia é o polymorphismismo clíni-co, a adaptação do individuo ao meio e á aggressão microbiana, variabili-dade de acção dentro da mesma es-pecie morbida, mas imutabilidade de capacidade lesiva para cada especie.

Cerca de vinte projecções illus-traram a exposição oral.

**Gluconato de calcio Sylil — 2, 5 e 10 cc.**

## Escola Livre de Sociologia e Politica

### CONFERENCIA EM 8 DE NOVEMBRO

**A psychologia nas suas relações com a biologia e sociologia** — PROF. ALBERTO CONTE. — O A. realizou, no dia 8 de novembro p.p., interessante palestra sobre o assunto, salientando inicialmente que o phemoneno psychologico tem dupla raiz: a biologica e a social. A mais importante é, sem duvida, a biologica, pois, das necessidades vitaes é que nascceu o desenvolvimento progressivo do espirito, tendo, como finalidade, a solução dos problemas e entraves, que surgiram como obstaculos á expansão da propria vida.

Referiu, a seguir, a maneira por que se processou o desenvolvimento de facultades progressivamente mais elevadas e como as actuaes funcões psychologicas correspondem a uma resultante da natureza, simultaneamente biologica e social.

Essas funcões — prossegui o conferencista — representam uma materialização da historia das vicissitudes, que teve de soffrer o organismo vivo, em face dos estimulos do meio-ambiente, inclusive os estimulos physicos e chimicos.

Contestando as conclusões de Durkheim e outros, no tocante á genese social das idéas, o sr. Alberto Conte evidenciou a impossibilidade de ter-se produzido todo o complexo sistema dos instictos, idéas e principios directores do nosso entendimento, pelas formulas preconisadas nessas conclusões.

Accentuou, depois, que as funcões actuaes do espirito e o seu conteudo representam: aquellas um amoldamento produzido pelo meio, no sentido lato; este, uma "traducção" biologica ou psychologica do mundo exterior.

Concluindo, frisou o orador que o espirito é constituido de uma parte variavel, em face do meio social e uma parte invariavel que é a que se produziu através de multimilenar influencia dos estímulos physicos do mundo objectivo.

E, assim, não se poderia admittir que o factor social pudesse ser o creador de instictos fundamentaes, nem o moldador de principios e idéas da ordem, do principio de identidade e causalidade, e das idéas de espaço e de tempo.

## Rotary Club de São Paulo

### REUNIÃO DE 25 DE OUTUBRO

Presidente: CARLOS P. FERNANDES

**Tuberculose da creança** — DR. VICENTE LARA. — Inicialmente, faz o orador referencias ao descaso em que tem permanecido o importantsimo problema da tuberculose da creança, em nosso meio, tão censurável tem sido a incomprehensão e a negligencia dos nossos pro-homens.

A tutela do Estado para a criancá, tem sido, no Brasil, a tutela de um máo padrasto para um filho adoptivo que se faz indesejavel.

Passa depois a se referir á questao da heridaredade, em materia de

tuberculose, dizendo que o facto só é positivo excepcionalmente, apesar das experiencias do illustre sabio patrício que provou a existencia do virus-tuberculoso.

Outro capitulo abordado pelo orador se refere ao contagio, para o qual chamou a attenção a respeito do erroneo conceito de que a contaminâção tuberculosa somente se faz entre pessoas adultas. Porque o risco existe de um modo permanente para todas as edades. O que ha de mais, informa o orador, é a preferencia

maior do contagio para os organismos em plena edade infantil. Tanto assim que em tisiologia existe a noção de que a tuberculose é adquirida na infancia, por isso que os tuberculosos adultos tiveram o seu organismo invadido durante a edade infantil. E, mais tarde então, o mal evoluindo, installa-se definitivamente no organismo em questão em qualquer ponto que abrigue bacilos de Koch.

Interessante é observar, com o orador, o facto de que o numero de reactores é muito maior nas cidades do que nas zonas rurais. E, dentro das grandes aglomeracões humanas, a tuberculose é mais frequente nos bairros onde a população conseguiu maior densidade.

Cita as organizações francesas que se destinam a preservar a creança do contagio tuberculoso. E conclue dizendo que entre nós aquellas sabias medidas não poderiam ser postas em practica. Primeiro, "porque contamos com um numero irrisorio de sanatorios que mal abrigariam uma infima percentagem dos 35.000 a 40.000 tuberculosos existentes no Estado; segundo, porque não temos organizações como as que foram citadas, para asystrar as creanças necessitadas, e nem mesmo possuimos como em outros paizes, instituições destinadas á hospitalização collectiva, tais como sejam as "pouponières", os asylos, etc.".

Entre nós, — continua, — quasi nada se pode fazer nesse sentido, "pois São Paulo, Estado que com justa razão se orgulha de ser o vanguarda de toda a União, dispõe apenas de tres pequeninas e modestas instituições destinadas a esses fins, e, assim mesmo, todas ellas devidas á liberalidade da benemerencia publica. Temos um preventorio, da Liga Paulista contra a Tuberculose, em Bragança, com 120 leitos, e outro em Campos do Jordão, — o de Santa Clara — cuja capacidade é de 56 leitos, — dos quaes 28 se destinam ás creanças de São Paulo e os 28 restantes são reservados ás creanças do Rio. Em materia de sanatorio infantil, possuimos um verdadeiramente minusculo, de todo primitivo e muito mal apparelhado, em Campos do Jordão, que foi o Abrigo de Tuberculosos, daquelle cidade. Este esta-

belecimento que se destina ás creanças de 4 a 10 annos, tem apenas 30 leitos, dos quaes 15 para meninas e 15 para meninos. Ha ainda uma agravante dolorosa e humilhante que não pode ser omitida: a secção que se destina aos meninos se acha fechada por falta de verba!".

Para finalizar diz algumas palavras sobre o processo da vacinação contra a tuberculose conhecido pelo nome de "B.C.G."

Um dos maiores sonhos dos medicos foi sempre o de encontrar um meio de immunização que viesse, de modo bastante seguro, pôr o organismo humano a coberto dos danos que lhe pudesse causar o bacillo de Koch.

A realização desse ideal só se tornou possivel após uma longa serie de pacientes e penosissimas tentativas. Coube tal gloria ao espirito, verdadeiramente genial de Calmette.

Calmette, auxiliado pelo seu colaborador Guérin — donde o nome da vacina B.C.G., que quer dizer bacillo de Calmette e Guérin — conseguiu, após 13 annos de estudos consecutivos, transformar um bacillo bovino virulento na sua origem, em bacillo que permanecendo acido-resistente e capaz de secretar tuberculina, mostrava-se, porém inoffensivo para qualquer organismo animal.

Consiste este processo em fazer a creança, de menos de 15 dias, ingerir 3 doses de B.C.G., com 2 dias de intervallo cada uma, meia hora antes de uma das mamaduras ordinarias.

Admittindo-se, a principio, que a absorção do B.C.G. através das paredes intestinaes só se realizava em condições ideais nos primeiros dias que se seguem ao nascimento, aconselhava-se a administração das 3 doses, quando possível, ainda antes do nono dia. Estudos posteriores vieram demonstrar a improcedencia dessa asserção. A absorção processa-se em qualquer phase, até mesmo na idade adulta, como provam as pesquisas dos investigadores modernos.

Além do mais, verificou-se que a vacinação é passível de ser feita por injeções sub-cutaneas, metodo este que disputa, hoje, a primaria ao primitivo.

Uma unica condição se impõe, para que um individuo possa ser

vaccinado: é a de não se ter elle ainda contagiado, isto é, que não albergue em seu organismo o bacillo de Koch, ou ainda, em outras palavras, que elle reaja negativamente ás provas de tuberculina. (Reacção de Mantoux) feita em series.

Dia a dia, firma o "B.C.G." cada vez mais o seu prestigio. Innumeras e aggressivas têm sido as criticas a elle feitas, mas, até agora, ninguem, em paiz algum, conseguiu, de modo concludente e honesto, provar algo que diminuisse a reputação que justamente desfruta.

E para provar a sua efficiencia ahí estão as estatisticas que dizem, á saciedade, da vulgarisação cada vez maior que vem tendo esse metodo, não somente entre os recem-nascidos filhos de tuberculosos, como acontecia ao inicio, mas entre crianças de todas as idades e de todos os meios, e mesmo entre adultos, principalmente os que, por dever profissional, se acham em contacto mais intimo com doentes bacilliferos, como acon-

tece aos medicos, estudantes de medicina e enfermeiros.

Apezar de todas as difficuldades existentes, oriundas da má vontade dos governos e da ignorancia do publico, muito se tem feito, entre nós, neste sentido.

No Rio de Janeiro, destaca-se o nome illustre do Prof. Arlindo de Assis, que foi o pioneiro deste inestimavel movimento no Brasil.

Entre nós, Clemente Ferreira foi um entusiasta propagador do metodo e o actual Director do Serviço de Prophylaxia da Tuberculose do Estado, o dr. Ubirata Pamplona, tem dado grande incremento á sua applicação, sendo dignos de destaque os drs. Eduardo Vaz, Geraldo de Paula Souza e Nelson Souza Campos como os iniciadores da vaccinação entre nós.

Contamos já, em São Paulo, 3.000 crianças vaccinadas, numero diminuto si o comprarmos ao das vaccinacões realizadas na França, em 1934, onde em cada 5 crianças que nasceram, uma foi vaccinada pelo "B.C.G."

## LITERATURA MEDICA

### Livros recebidos

**Tratado de Pediatria** — DEGWITZ, ECKSTEIN, FREUDENBERG, BRUHL, GOEBEL, GYORGY e ROMINGER — edição espanhola da Editorial Labor, (Provenza 86) Barcelona, 1935.

A obra desse pugilo de professores allemaes continua a merecer franca acceptação em toda parte. Conforme já tivemos occasião de accentuar nesta secção, foi feita á luz dos mais modernos conhecimentos da especialidade por pediatras dos mais acatados da Alemanha. A feição pratica dada ao programma com que foram delineados os varios capitulos, a maneira succincta e clara com que foi tratada a materia, a copiosa documentação graphica representada por 271 illustrações, o aspecto agradavel do livro, tudo está concorrendo para o successo que vem coroando a obra. E isso facilmente se deduz

do facto de já se ter feito a sua traducção para varias linguas, inclusive a nossa. A presente edição espanhola, caprichosamente feita pela casa Labor, apresenta a vantagem de vir condensada num só volume de pouco mais de 700 paginas, com a reprodução fiel das gravuras contidas no texto original. Assim sendo, certamente terá grande procura entre nós o livro em apreço.

**Orientação moderna em Gynecologia** — ARNALDO DE MORAES, Editora Guanabara (rua do Ouvidor, 132), Rio, 1935.

Arnaldo de Moraes, que acaba de obter o titulo de professor da Faculdade de Medicina do Rio, é nome bastante conhecido dentro e fóra do paiz, através de numerosos trabalhos e varios livros publicados. Professor de Clinica Gynecologica da Facul-

dade Fluminense de Medicina, a cerca de 4 annos, fez o presente volume a instancias de seus alumnos, que desejavam ver impressas algumas aulas do professor moderno. Eram assumptos novos, ou assumptos velhos tratados de maneira nova, que os livros classicos ainda não davam com aquella visão de synthese que um mestre letrado tem a obrigaçao de apresentar, aos seus discípulos. Por ahi se vê o interesse do livro do A. O volume está dividido em 6 partes: 1, Evolução da Gynecologia; 2, factor constitucional em Gynecologia; 3, hormonios sexuaes femininos; 4, metropathia hemorrhagica; 5, diagnostico e prophylaxia do cancer do utero; e 6, Gynecologia social.

**Technique Chirurgicale** — PIERRE RHÉAUME, Masson & Cie (120, Boulevard Saint Germain), Paris, 1932.

O illustre professor da Universidade de Montreal se propoz a mostrar á Europa o que se faz no extremo norte da America em materia de cirurgia gastro-intestinal. Tendo participado de um Congresso francés de Cirurgia, achou que havia pelo Canadá e Estados Unidos muita coisa digna de ser divulgada. E fez o presente volume. Nelle, não se limitou a apresentar as novidades da America, mas tambem incluiu o que se faz na Europa, bordando commentarios, tirando deduções praticas, de sorte que a obra é um apanhado geral feito com senso critico apurado, motivo por que se torna de grande utilidade para os que fazem cirurgia abdominal. O presente volume é dedicado ao estomago e duodeno. Um segundo volume se occupa do intestino. Em 260 paginas ha nada menos de 234 ilustrações. Preço, 50 francos.

**Malattie Chirurgiche dell' Infanzia** — GOHRBANDT, KARGER e BERGMANN, edição italiana da Sociedade Editrice Libraria (via Ausonio, 22), Milão, 1934.

Seria desnecessario encarecer o valor desta obra. Organizada e escripta por figuras assás conhecidas, bastava isso para recommendala. Demais, só o facto de ter sido tra-

dizada para varias linguas é já mais um atestado do sucesso que obteve a edição alema. E bem o merece. Feita recentemente, sob orientação moderna, associando o ponto de vista do pediatra experimentado ao do cirurgião consagrado, a obra por força havia de encerrar conhecimentos de grande utilidade. Acresce dizer que a documentação contida no texto é quasi toda constituída de photographias e radiographias originaes, o que de certo torna a obra particularmente interessante. Ha, tambem, numerosos esquemas a cores, que ilustram a maneira de ver dos autores. A obra é composta de 2 grossos volumes, impressos em papel couché, o que dá realce ás figuras. O trabalho de confecção muito recomenda a Casa Vallardi, de Milão.

**Anales de la Clinica** del prof. JUAN JOSÉ BERETERVIDE, Hospital Fernandez, Buenos Aires, 1935.

Em interessante e bem impresso volume, o prof. Juan José Beretervide, nome muito conhecido em nossos meios scientificos, reuniu os trabalhos que sahiram de sua Clinica no Hospital Fernandez, durante o anno de 1934. Alguns delles são estudos em conjunto, realizados com a cooperação dos assistentes, assinalando resultados muito interessantes. Outros, são trabalhos de investigação, sobresenhindo-se os que foram realizados com aguas mineraes argentinas, demonstrando o pendor que o illustre scientist tem pelo assumpto, alias já demonstrado na viagem que fez ás estancias de aguas do Brasil. Ha, tambem, algumas observações de casos interessantes, acompanhadas de oportunos commentarios. O volume contem cerca de 650 paginas, com numerosas ilustrações.

**Fundamentos para a interpretação das radiographias contrastadas das vesiculas seminaes e das vias espermáticas** — ATHAYDE PEREIRA, Editor Marcial Ribeiro de Souza (rua Barão de Itapetininga, 18), São Paulo, 1935.

O A., nome muito conhecido em nossos meios urologicos, reuniu os fructos de recente polemica na Asso-

ciação Paulista de Medicina e publicou um interessante folheto, fartamente documentado, em que deixa bem claro o seu abalizado ponto de

vista sobre o assumpto. O folheto encerra uma conferencia feita naquela sociedade e trechos da discussão que suscitou.

## IMPRENSA MEDICA PAULISTA

### Summario dos ultimos numeros

**Ação Sindical**, I, 1-7, outubro 1935.

Federação Nacional dos Medicos — EDUARDO MAFFEI.

**Boletim da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo**, XX, 71-102, Junho, Julho, 1935.

A quarta derivação electrocardiographia — ROBERTO PIRES DE CAMPOS; A ionização trans-cerebral iodurada na epilepsia — FAUSTO GUERNER; Aneurisma arterio venoso da carótida interna no seio cavernoso — BENEDITO DE PAULA SANTOS e ZEPHERINO DO AMARAL; Periarterite nodosa — EDUARDO MONTEIRO; Sobre as meningites mononucleares — FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS; Contribuição para o estudo do diagnóstico da vida extra-uterina. Docimiasis pulmonares epimicroscopicas — HILARIO VEIGA DE CARVALHO; As novas organizações hospitalares do Distrito Federal — CARLOS FERNANDES.

**Boletim do Syndicato Medico de Campinas**, II, 4-53, novembro 1935.

Natura fecit saltus — O. ROCHA FILHO; Attitude do S. M. C. na questão de seguros de vida — GABRIEL PORTO; Eleições classistas — ROLDÃO DE TOLEDO; Attitude do S. M. C. no caso dr. Nestor Granja — A. DE LEMOS JR.; Syndicalização da classe medica — HEITOR MAURANO; O Syndicato e os Medicos — RENATO MACHADO; A obra da Classe Medica Campineira — OLAVO ROCHA FILHO; Homenagem aos leigos falecidos — A. DE LEMOS JR.; Homenagem ao dr. Miguel Penteado — CUNHA CAMPOS.

**Folia Clinica et Biologica**, VII, 198-244, novembro 1935.

Metabolismo basal no megaesofago e no megacolon — A. CORREIA NETTO; Anotações de anatomia étnica sobre o apparelho suspensor da pleura — R. LOCCHI; Feixe atrioventricular de "His" na "tapirus americanus" — M. BARROS ERHART; Constituição do "plexus brachialis" no "bradypus tridactylus" — P. BIELLIK; Observações sobre a morphologia da "membrana interossea antebrachii" e da "membrana interossea curvis" — O. MARCONDES CALASANS; Dell'uso dei medicamenti per via gastrica nell'uretrite gonococcica. Nota V: I diuretici — A. BUSACCA.

**Gazeta Clinica**, XXXIII, 235-264, setembro 1935.

Organização da clinica de doenças do apparelho digestivo e nutrição da policlinica de São Paulo — VASCO FERRAZ COSTA; A tuberculose na penitenciaria de S. Paulo — ARISTIDES G. GUIMARÃES e J. MORAES MELLO; Lição da clinica — AMÉRICO DA VEIGA; Ulcera do estomago e colelithiase — DEUSDEDIT ALVES.

**Memorias do Instituto Butantan**, IX, 1-411, 1936.

Tentativas de transmissão experimental do "typho exanthematico" de S. Paulo por percevejos — J. LEMOS MONTEIRO; Notas de Acareologia — FLAVIO DA FONSECA; Trypanosomas de peixes brasileiros. Descrição de uma nova especie — FLAVIO DA FONSECA; Occorrecia de formas anomais na Leishmania brasiliensis — FLAVIO DA FONSECA; Trypanosoma mattogrossense — FLAVIO DA FONSECA; Contribuições ao conhecimento dos culicídeos de S.

Paulo. Notas sobre os mosquitos originarios das taquaras. *Sabethoides intermedius* (Lutz) e *Megarhinus banbusicola* Lutz & Neiva — **ALCIDES PRADO**; Contribuição ao conhecimento dos ophídios do Brasil. Novos gêneros e espécies de Colubrideos *opisthoglyphos* — **AFRANIO DO AMARAL**; Estudos sobre ophídios neotropicos. *Collecta herpetologica* no centro do Brasil. Estudos sobre hactertilios neotropicos — **AFRANIO DO AMARAL**; Estudos bioquímicos sobre os venenos das serpentes do gênero *Bothrops* — **D. VON KLOBUSTIZKY**; Contribuição à matéria médica vegetal do Brasil — **WALDEMAR PECKOLT**; Contribuição à matéria médica vegetal do Brasil — **WALDEMAR PECKOLT** e **ALCIDES PRADO**; Arterias coronárias cardíacas dos ophídios — **M. BARROS ERHART**; Três novas aranhas tetrápneumones nas colecções do Inst. Butantan — **G. DE MELLO LEITÃO**; Dois gêneros raros de aranhas nas colecções do Inst. Butantan — **G. DE MELLO LEITÃO**; A propósito de alguns opiliões novos — **G. DE MELLO LEITÃO**.

**Novotherapia**, XV, 130-160, setembro 1935.

Rins e verminoses — **W. BERARDINELLI**; Sobre o emprego dos preparados esplenicos no tratamento das anemias graves — **E. TRAMONTI**; Tratamento da epilepsia essencial pelo luminal e chloreto de magnesio associado à phenocarbamida — **RALPH DO REGO MONTEIRO**.

**A Odontologia Moderna**, IX, 57-111, agosto 1935.

Técnica da composição elástica S.S. White para impressões — **CARLOS ALDROVANDI**; Anesthesia Mandibular. Pequena modificação de técnica — **CARLOS C. CUNHA**; A anesthesia troncular e a infecção em fóco — **FRANCISCO DEGENI**.

IX, 112-168, setembro 1935.

O tratamento thermal nas parodontoses — **NICOLINO RAIMO**; Algumas palavras sobre a polyarthrite alveolo-dentária — **PAULINO DE CAMARGO FERRAZ**; Therapeutica das sialorréas — **FRANCISCO FABIANO ALVES**; O desempenho materno na proteção dos dentes dos seus filhos

— **GUIDO PANNAIN**; Anesthesia do nervo maxilar inferior — **FRANCISCO DEGENI**.

**Revista da Associação Paulista de Medicina**, VII, 58-126, agosto 1935.

Signal do balanço do pé (Sicard) sem lesões pyramidae — **E. VAMPRÉ** e **ADHERBAL TOLOSA**; Instrumentos novos — **CAETANO Z. MAMMANA**; Algumas aspectos clínico-radio-lógicos dos surtos pulmonares hemato-génicos — **OCTAVIO NEBIAS**; Hernia diaphragmática estrangulada, com syndrome de oclusão intestinal alta — **VLADIMIR AMARAL** e **CECILIO J. CARNEIRO**; Transfusão de Sangue, hemo e sôroterapia com vacinação previa do doador (Immuno-transfusão) — **CESLO BARROSO**.

**Revista de Cirurgia de São Paulo**, II, 10-70, agosto 1935.

Enervação das supra-renaes (operação de Crile) no hyperthyreoidismo, na ulcera gastro-duodenal, etc. — **A. BERNARDES OLIVEIRA**; Tratamento cirúrgico das varizes dos membros inferiores e das ulcerações varicosas rebeldes — **ALÍPIO CORREIA NETTO**; As hernias transmesocólicas da retro-cavidade. Um caso após gastrectomia — **EDISON OLIVEIRA**.

**Revista do Museu Paulista**, XIX, 1-594, 1935.

Aves da Bahia — **OLIVERIO M. O. PINTO**; Os cotingideos do Brasil — **CARLOS OCTAVIANO DA C. VIEIRA**; *Cycloramphus*, *Grypiscus* e *Ildiscus* e as Leis da Prioridade. Sobre uma nova espécie do gênero *Callipogon*; *Callipogon joinvillei* — **PAULO DE MIRANDA RIBEIRO**; El Berlepschia rikeri y su Biología. El gênero *Sciurillus* representado en la amazonia y algumas observaciones sobre el mismo — **A. M. OLLALA**; O gênero *Loboederus* — **C. A. CAMARGO ANDRADE**; Notas sobre parasitismo em borboletas — **João e FREDERICO LANE JR.**; Monographia de *Lucaeños Brasileiros* — **H. LUEDERWALDT**; Nota sobre *Phanaeus septentrionalis* Pessoa — **JOÃO LANE** e **C. A. CAMARGO ANDRADE**; Revisão das cinco espécies do gênero *Myelobia* Herr-Schaeff — **ROBERTO SPITZ**.

**Revista Oto-Laringologica de S. Paulo**, III, 320-417, julho-agosto 1935.

Sobre as meningites mononucleares — **FERNANDO DE OLIVEIRA BASTOS**; Razões de um diagnóstico de trombo-phlebite do seio cavernoso

— **GABRIEL PORTO**; Sobre a questão da cura cirúrgica das sinusites frontais crônicas. Como evitar os resultados decepcionantes — **MARIO OTTONI DE REZENDE**; O polypo da leishmaniose — **EDGAR DE CERQUEIRA FALCÃO**.

## ASSUMPTOS DE ACTUALIDADE

### Tratamento da ulcera gastroduodenal

**Os novos horizontes.** — A propósito do tratamento das ulceras gastro-duodenais a medicina está em evolução perenne. A princípio era só o tratamento médico que prevalecia. Eram os anti-acídios, os anti-espasmodicos, os curativos protectores, que entravam em cena. Depois a radiologia vem em ajuda da propeudeutica desarmada e clarividencio um sem numero de dyspepsias falsamente rotuladas. A cirurgia entrou em campo e propôz a gastro-enterostomia transmesocolica posterior de Von Hacker.

O tempo porém encarregou-se de demonstrar que não estava absolutamente resolvida a questão. A recidiva era muito frequente.

Albert Berg do Monte Sinai Hospital, de New-York, constatou que num período de 6 anos 33% dos gastro-enterostomizados tinham recidido no mesmo mal, ou por ulcera peptica do jejuno, ou por uma nova ulcera do estomago ou do duodeno. Trinta e tres por cento...

Chegou a vez da resecção larga da parte ulcerada. O Billroth I, o Billroth II, e sobretudo o Polya-Finsteder são os processos mais em voga, apesar do que a medicina cada vez mais vae tomando o terreno que a cirurgia lhe captou.

A dieta lactea mitigada, o repouso obstinado no leito, as applicações quentes sobre o epigastro, as injecções de pepsina e benzoato de sodio, a vaccineurina, o novoprotin etc., já souberam evitar o bisturi em muita ulcera gastrica, duodenal ou peptica do jejuno.

Ha porém, além da pepsina, considerado um dos melhores medicamentos, um tratamento de mais larga efficiencia: é o obtido pelo chlorhydrato de histidina.

Cães que foram operados propositalmente para ficarem ulcerosos tiveram uma larga sobrevivencia e uma franca tendencia a convalescer.

Individuos que estavam a ponto de serem operados, tiveram seus males arrefecidos graças á amino-acido-therapia pela histidina.

O seu efeito therapeutico é comparado ao da hormono-therapia. Existem casos de verdadeiras resurreições clínicas. O nicho, a rigidez da mucosa, a dôr localizada, a insisura espasmodica, tudo pode desaparecer á chapa radiologica. Os signaes clinicos evidenciam a cura e o tempo encarrega-se de demonstrar a veracidade da asserção.

A histidino-therapia, com rarissimas excepções, é de real efficiencia.

Se a histidina faz bem e a pepsina também o faz, porque não o fará mais intensamente a sua associação? A ação synergica de ambas? Era o que restava saber.

A prova provada está toda ella baseada na experienca.

Os pacientes que se submettem a um tratamento mixto (Histidinase) têm os seus males muito mais depressa diminuidos. As dores, a sensação de queimaduras, o mal estar enfim cede tudo em poucos dias ou em raros caso, pelo menos cede bastante.

O laboratorio chim.-pharm. de J. Pelosi, prevendo prestar um serviço á classe medica e vindo em so-

corro dos doentes soffredores, idealizou e realizou apôs felizes mas labiosos ensaios, uma perfeitissima preparação absolutamente indolor. O producto assim obtido foi denominado "HISTIDINASE", e está sendo

utilizado com successo em muitos hospitais e indicado por inumeros especialistas.

O seu uso se impõe em toda classe de ulcera gastro-duodenal, antiga ou recente, operada ou não. — P.

## Meio pratico de anesthesia

**M.A.S.S.** — Palavras do prof. Dr. Vincenzo Luccarelli, livre docente de Clinica Cirurgica e de Operações e Apparelhos e Cirurgião Diretor do Hospital de Viadana, Italia :

"Preferido entre os meios de anesthesia deve ser o que, tornando o paciente perfeitamente insensivel, deixa-o tranqüillo e, de todo, immovel.

Tanto o cirurgião de hospital, que executa intervenções de relevo, quanto o medico pratico, que tem de levar sua actividade no domicilio do paciente, lamentam a falta de um anestesico geral certeiro e, sobretudo, inocuo, que lhes consinta operar com a tranqüillidade de espirito que só a ausencia de preocupações pode trazer.

Ha muito que abandonei, por motivos dessa ordem, a rachianesthesia : isenta ella não é de perigos ; não me deu infallivelmente bons resultados, nem deixou de causar inconvenientes passageiros, é verdade, mas sempre desagradaveis. Por outra e não poucas nem menores razões, evito o uso da anesthesia regional, e das analoga. Nas crianças prefiro o chloroformio.

Para intervenções de relevo em adultos sirvo-me do ether e applico — sempre como anestesico geral — as injecções da M.A.S.S. em todos em casos em que o ether não fôr aconselhavel.

Quando houver utilidade (e possibilidade) no uso da anesthesia local, sirvo-me do chloreto de ethyla ou das injecções apropriadas.

O M.A.S.S. — producto italiano, fabricado pelos Estabelecimentos Zambelli, de Milão — corresponde, de facto, aos meus "desiderata" e é para seu caracter de real praticidade que desejo chamar a atenção dos collegas que não o conhecem.

Sua formula é a seguinte : morphina e cactina áã grs. 0,01 ; ethylmorphina grs. 0,005 ; escopolamina, atropina e estrophantina áã grs. 0,0005 ;

iosciamina grs. 0,01 ; dissolvidas em soro levemente hypertonic e lentamente diffusivel c.c. 1,5.

E vendido em ampoulas que contem cc. 1,5 dessa solução e promptas para serem applicadas sem precauções outras senão as que se costumam para as communs injecções intramusculares.

Não é facil de se convencer, assim de momento, de que tão diminuta quantidade desses pharmacos tenha o poder de causar anesthesia completa e aproveitavel.

Quem o emprega pela primeira vez, geralmente só obtém insucesso pois não espera, como deveria, que passem os 50-60 minutos regulamentares. Acostumados que estamos a ver o operando adormecido em poucos minutos, longa demais nos parece a espera e damos inicio á intervenção antes da hora. Naturalmente, temos que concluir-a entre os gemidos e a agitação do paciente e passar pelo dissabor de ver o operado adormecer tranqüillamente, depois de nosso labor terminado. Este pouco de paciencia é indispensavel e será bem compensado.

Durante esse tempo, o operando será deixado tranqüillo para que adormeça sozegadamente. Seu transporte para a mesa operatoria será feito com cuidado, sem sacudiduras. Com estas precauções, ao fim de 1 hora, a anesthesia será completa e se, uma vez ou outra, (talvez por imprevistas circumstancias proprias do paciente) não estiver perfeita, sempre será sufficiente.

De regra, o operando dorme profundamente, a sensibilidade dolorosa e a tactil estão desapparecidas. Poucas vezes fala ou diz cousas sem nexo, em relação com o que está sonhando. Raramente fica acordado. Nessa occasião vimol-o olhar atordoado, em redor de si, inconsciente, insensivel á dor e incapaz de entender, com justeza, a alguma pergunta. Já é de muitos annos experimentada

minha confiança no M.A.S.S., toda-via, embora algumas cirurgiões delle se tivessem servido e continuem a se servir, eu, mais por habito do que por experiença, deixo de usal-o nas intervenções intrabdominaes. Dou-lhe minha preferencia em todos os outros casos e insisto — como estou insistindo — em aconselhal-o aos collegas pelos grandes e bons serviços que lhes tributará."

## VIDA MEDICA PAULISTA

### Universidade de São Paulo

**Curso de aperfeiçoamento de Medicina Legal** — Em sessão solene presidida pelo prof. dr. João de Aguiar Pupo, director da Faculdade de Medicina, com a presença do prof. Cantidio de Moura Campos, Secretario da Educação, do representante do snr. reitor da Universidade, de varios directores de Institutos Universitarios, do dr. Francisco Borges Vieira, director do Serviço Sanitario, do prof. Ovidio Pires de Campos, presidente da Sociedade de Medicina, magistrados, professores, senhoras e outros convidados, realizou-se, no dia 15 de novembro, no Instituto Oscar Freire da Faculdade de Medicina, a entrega dos certificados do Curso de Aperfeiçoamento de Medicina Legal desta Escola.

Concluiram tal Curso os snrs. drs. Alvaro Couto Britto, Basileu Garcia, Raul Leme Monteiro, Alfredo Cinielo e Armando Cardarelli.

Feita aos mesmos a entrega dos respectivos certificados pelo Snr. Director da Faculdade de Medicina, falou o prof. Flaminio Favero saudando os seus alumnos e salientando que era esse o primeiro Curso Official de Aperfeiçoamento da Universidade.

Respondeu-lhe o dr. Basileu Garcia em seu nome e no dos seus collegas, dizendo a alegria que todos sentiram com a realização desses trabalhos.

Por fim, encerrando a sessão, usou da palavra o prof. Aguiar Pupo que se referiu á importancia desses cursos de aperfeiçoamento ora inaugurados tão auspiciosamente na Faculdade.

**Colloquios chimicos** — Realizou-se no mês de outubro ultimo, na Faculdade de Philosophia, Scienças e Letras da Universidade de São Paulo, a reunião inaugural dos "Colloquios chimicos", iniciativa do Departamento de Chimica daquella Faculdade.

Ao declarar aberta a sessão, o director desse Departamento e professor de Chimica na Faculdade de Philosophia, dr. Heinrich Rheimboldt, fez algumas considerações sobre os motivos que o levaram a tomar a iniciativa da organização dos "Colloquios chimicos", sobre a direcção que entende dever ser-lhes dada no inicio e sobre os fins que se deve preencher :

Reproduzimos, a seguir, os topicos principaes das considerações do professor dr. Heinrich Rheimboldt :

"Pelos conhecimentos e experienças que colhi nos 15 mezes que estou em São Paulo, convenci-me de que a pesquisa chimica scientifica ainda encontra aqui obstaculos bem grandes, muito maiores do que os que esperava. Remover esses obstaculos por meio de auxilios reciprocos, ini-

ciar e facilitar assim a pesquisa chimica scientifica ha de ser o principal objectivo do nosso "Colloquio chimico" !

Ainda não temos actualmente uma base solidia para um trabalho chimico scientifico efficiente. A base ainda não está sufficientemente preparada, falta-lhe a organisação necessaria. Não só nos grandes "trabalhos de collaboração", executados actualmente nos mais importantes institutos chimicos do mundo, mas tambem em tentativas mais modestas, requer-se uma boa organisação para se obterem resultados satisfactorios na pesquisa chimica scientifica.

As dificuldades que a pesquisa chimica scientifica ainda encontra em São Paulo, referem-se sobretudo a 5 pontos, de que trataremos em poucas palavras para que se tenha uma noção clara das questões a resolver

1.º — Sem uma bibliotheca bem provida, não pode haver pesquisa chimica alguma. Neste ponto ainda ha muito a fazer. A bibliotheca deve dispor dos principaes lexicons, nos quaes se acha registado o material dos conhecimentos já obtidos, e de uma serie completa de um dos principaes organos relatores do mundo : o "Chemisches Zentralblatt" para que, sempre que necessário se possa conseguir uma informação certa sobre o estado actual de diversos problemas chimicos. Tambem devem ser assignadas de modo permanente as principaes revistas de chimica scientifica e devem-se arranjar para a bibliotheca do instituto series completas de revistas internacionaes, que contém os trabalhos importantes da pesquisa chimica.

O orador enumera os lexicons e series de revistas, que ja existem na bibliotheca do instituto e na sua bibliotheca particular ; tambem aponta os titulos de 10 revistas chimicas, que são assignadas particularmente por elle e pelos seus assistentes. Essa literatura toda se acha exposta na bibliotheca do Instituto, á disposição dos interessados, para consultas. Então prosegue : "Os meus planos, propostas e pedidos em relação á literatura são os seguintes : Tenciono conseguir para o meu instituto uma bibliotheca chimica scien-

tifica tão completa quanto possivel, o que naturalmente levará muito tempo. Queria pedir-lhes, porém, que nos consultassem sobre os livros, etc., a serem comprados para evitar que os diversos institutos adquiram livros e revistas já existentes num outro. Restringir-me-ei á chimica pura. Se outros institutos adquirirem a literatura da chimica aplicada — chimica industrial, biochimica, phytochimica, zochimica, chimica medicinal, geoquimica, crystallochimica, physica molecular, atomica e nuclear, etc. — então teremos em pouco tempo uma grande collecção de literatura chimica em São Paulo. Para facilitar a consulta da literatura chimica existente no Estado de S. Paulo estou elaborando um catalogo geral de todas as obras chimicas existentes nos diversos institutos e bibliothecas. Este catalogo, quando terminado, será exposto na bibliotheca do instituto de chimica, ao dispor dos interessados para a consulta. Para facilitar a consulta da literatura actual, expuzemos as revistas do anno corrente na bibliotheca do instituto. Estabelecer entre alguns institutos uma permuta de revistas correntes seria um facto digno de ponderação. Trabalhos chimicos novos, de importancia geral, serão relativados no "Colloquio chimico".

2.º — Tão importantes quanto o seguir correntemente a literatura nova é para o chimico scientifico tambem a possibilidade de uma troca de idéas theoricas e experimentaes. É absolutamente necessário um contacto intimo entre todos os que se ocupam com pesquisas sobre o mesmo ramo da sciencia. A occasião para isso é o "Colloquio chimico". Aqui colheremos e faremos informações e conselhos e discutiremos questões scientificas.

3.º — Um outro ponto que oferece dificuldades analogas ás da literatura, refere-se aos apparelhos chimicos e physicos. Partindo do nada, não se pode esperar que em pouco tempo exista todo o material necessário a um trabalho scientifico moderno. Tambem aqui precisamos auxiliar-nos mutuamente ! Precisamos consultar-nos sobre novas aquisições para que dois ou mais institutos não comprem ao mesmo tempo os mesmos

apparelhos. Fazendo com que cada instituto compre apparelhos científicos diferentes, teremos reunido em São Paulo, em pouco tempo, um bom arsenal de material, que estará ao dispor da pesquisa científica. Também precisamos um intercambio de experiencias sobre as possibilidades da construção de apparelhos em São Paulo. Para trocar idéas nesse sentido, serão apropriadas as reuniões do nosso "Colloquio".

4.º — Um outro ponto diz respeito aos productos chimicos. Aqui a situação é especialmente difícil. Em virtude da posição geographica de São Paulo e devido á falta de uma produção nacional da maioria dos productos chimicos para usos científicos, é absolutamente necessário que um instituto de chimica disponha de um deposito extraordinariamente variado de drogas. Quando se inicia um trabalho chimico científico é completamente impossivel predizer exactamente quaes as substancias de que se vae precisar dahi a quinze dias ou um, dois meses, para poder continuar o trabalho. Devia pois existir um sortimento de todas as substancias mais importantes para poderem ser usadas immediatamente quando precisas. Estando-se sujeito á espera de um certo producto, que ainda deve ser importado, então, no melhor dos casos, o trabalho é interrompido por uns tres meses; até que o preparado tenha finalmente chegado, já podem ter-se estragado prepações a custo obtidas que então exigem novo trabalho demorado e caro. Dessa maneira não se pode produzir trabalho algum de pesquisa chimica, para acompanhar as pesquisas da Europa, da America do Norte ou outros centros. Neste ponto também os diversos institutos precisam auxiliar-se mutuamente, pondo á disposição de outros, a titulo de emprestimo, as suas provisões de drogas. Indubitavelmente também

ha de ser possível mandar fabricar aqui mesmo certas substancias, ou encontrar materias primas apropriadas para poder preparal-as no proprio instituto. Tambem nestas questões devemos facilitar o trabalho por meio de conselhos reciprocos.

5.º — O ponto seguinte refere-se ao custeio do trabalho chimico científico e á larga comprehensão da pesquisa chimica como necessidade nacional. Nesse ultimo sentido teremos de emprehender um grande trabalho educativo. Em paiz algum, a pesquisa chimica é mantida só pelo Estado. Em toda parte ella se faz com doações por parte da industria do paiz ou por parte de particulares generosos. Devemos pois entrar em estreitas relações com a industria chimica nacional; precisamos aconselhá-la a apoiar o seu desenvolvimento. Os directores e os chimico-engenheiros da industria e tambem as camadas sociaes cultas devem ficar convencidos do valor de nosso trabalho para o bem do paiz. Devemos conseguir que se realize uma estreita colaboração entre a industria nacional e a pesquisa científica, para o proveito de ambas as partes. As nossas reuniões são um meio importante de effectuar gradualmente essa activa propaganda.

Tambem podemos contribuir para o melhoramento do ensino da chimica nas escolas, fazendo com que os professores por um lado, tenham occasião de ouvir relatorios sobre novos trabalhos de pesquisa chimica e por outro lado, sejam obrigados a elevar o seu nível chimico em virtude do interesse crescente de seus alumnos por essa disciplina.

Como se vê, não são poucas as tarefas que as nossas reuniões têm a preencher e os meus votos são que sejam todas perfeitamente realizadas para o bem da Universidade e do Estado de São Paulo".

**Philergon** *fortifica de facto*

1 COLHER ÁS REFEIÇÕES

## Sociedade de Medicina e Cirurgia de S. Paulo

**Homenagem ao dr. Americo Brasiliense Filho.** — Em sessão de 19 de novembro ultimo levada a efecto pela Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, o dr. Americo Brasiliense Filho, a quem recentemente se concedeu o titulo de socio honorario daquella entidade, foi alvo de carinhosa homenagem.

O prof. Ovidio Pires de Campos, que presidiu a sessão, declarando que se achava na ante-sala o dr. Americo Brasiliense Filho, novo socio honorario, designou os profs. Flaminio Favero e A. C. Camargo para o introduzirem no recinto, onde foi recebido sob vibrante salva de palmas.

Ao entregar-lhe o diploma de socio honorario, o prof. Ovidio Pires de Campos congratulou-se com o dr. Americo Brasiliense Filho e deu a palavra ao dr. Synesio Rangel Pes-

tana, para saudal-o, em nome da Sociedade de Medicina e Cirurgia.

Em eloquente discurso, o dr. Synesio Rangel Pestana exaltou a personalidade do homenageado. Relembrou a actuação que teve seu progenitor, na vida politica de São Paulo, Ocupou-se, minuciosamente, da vida do dr. Americo Brasiliense Filho e, bem assim do papel de marcante relevante que s.s. desempenhou na fundação da Sociedade de Medicina e Cirurgia de São Paulo e em todas as actividades desenvolvidas por essa instituição. E, concluindo sua oração, exaltou seu valor de scientista e suas qualidades de homem.

Usou da palavra, depois, o dr. Americo Brasiliense Filho, que, agradecendo as homenagens de que era alvo, prometeu continuar a empregar os melhores de seus esforços em prol do maior desenvolvimento da Sociedade de Medicina e Cirurgia.

## Prof. Luciano Gualberto

**Sua recepção na Academia Nacional de Medicina.** — Realisou-se no dia 31 de Outubro ultimo, sob a presidencia do sr. professor Antonio Austregesilo, uma sessão ordinaria da Academia Nacional de Medicina, durante a qual foi recebido o novo membro honorario da casa, sr. professor Luciano Gualberto.

O sr. presidente, abrindo os trabalhos, deu a palavra ao dr. Octavio Pinto, que leu o expediente.

Annunciou em seguida o sr. Antonio Austregesilo, estar presente o novo membro honorario da Casa, dr. Luciano Gualberto, nomeando uma comissão composta dos profs. Alfredo Monteiro, Augusto Paulino, Belmiro Valverde e Figueiredo Bae-na, para trazel-o ao recinto.

O professor Austregesilo, cingindo o prof. Luciano Gualberto com o collar e o medalhão symbolico da Academia, pediu-lhe que amasse a Medicina, como a amaram os seus mestres e collegas. O prof. Alfredo Mon-

teiro pronunciou em nome da Academia, o seguinte discurso :

“Sr. Luciano Gualberto — Recebeste da mão do nosso presidente o collar da Academia Nacional de Medicina. E' o premio aos que trabalham pela medicina brasileira, sem fadiga, com amor e nobreza de caracter.

E' tambem o collar da tua propria vida, ascendendo na ansia de aperfeiçoamento, em meio os tropeços dos que procuram a meta final.

E' a vida de todos nós, formada de élos diferentes, alguns simples, taes os sonhos de meninos, intercalados pelos rapidos dissabores da juventude, outros maiores, que assignalam as lutas, julgamentos apressados, gratidões, injustiças que magoam, horas de desalento.

Mas o fecho desse collar, que representa a conquista do esforço contínuo a tenaz da indiferença aos maldizentes, da sinceridade de opiniões, só tem direito a usar os ho-

mens como Luciano Gualberto, poeta e cirurgião, homem de letras e professor, amando S. Paulo, sua terra científica, como Petrópolis, seu torrão de nascimento, porém honrando sobretudo nosso grande Brasil.

Lembro-me bem a primeira vez que ouvi falar de Luciano Gualberto.

Era... Outubro de 1917. Um punhado de intrepidos guerreiros da Medicina partiu para servir na grande guerra.

Depois de uma viagem mais angustiosa que tres dias passados em Châlons-sur-Marne, ouvi falar de um oficial médico, servindo no exército italiano, falando entretanto português, como bom fluminense. Era o nosso Luciano Gualberto.

O espírito de intrepidez e o desejo continuo de aperfeiçoamento fizeram-lhe deixar tudo que adquirira em São Paulo, com inaudito esforço de imigrante.

Digo assim, porque Luciano Gualberto é cientista bandeirante, expoente da grande escola médica de São Paulo, nascido porém nas margens do Piabanga. E quanta vez às tardes, ao voltar do Gymnasio Fluminense, suas travessuras de collegial se resumiam em roubar as hortencias, para enfeitar seu quarto de estudante.

O espírito do bello, a poesia da terra tranquilla e o perfume dos cravos ficaram-lhe para sempre. E a prova disso temol-a, quando na luta fria pela subsistência, que escravisa o homem dentro da propria realidade, o professor medita, e vemos então as poesias, ora com a philosophia da propria luta, ora com o colorido das hortencias.

Formado pela Faculdade de Medicina do Rio, com uma these alviçreira sobre Accidentes de trabalho, novidade no momento, trabalhando nos serviços do Professor Brandão Daniel de Almeida e Paes Leme, ocupa em 1910, o logar de cirurgião da Beneficencia Portuguesa.

Não se demora porém na terra carioca e numa manhan, como viajante científico, reune numa mesma valise, calcas, paletós, sobretudo, Anatomia de Testut, Technica de Monod, Pathologias e formulários. E assim desembarca na estação do Norte, o jovem Luciano, já iniciado na Cirurgia, mas querendo abraçar

de um só golpe todas as conquistas que sonhara.

Os triumphos da clinica cedo o collocam numa situação impar. Mas o poeta é inconstante e deseja tanta vez o que lhe é vedado ou perigoso; e elle não poderia fugir á senhorinha política, organizadora, que lhe aceava com sorrisos mais compensadores que as victorias continuadas, porém menos brilhantes da Cirurgia.

E' já com o prestígio firmado de cirurgião em São Paulo, que parte para servir no exército da Italia, a terra que elle sentia na sua alma de poeta.

E lá trabalha, sem descanso, no sector de Povolaro (zona de Bassano), no Hospital de San Giovanni di Dio e Santa Maria Nova em Florença.

Esse cantinho da Italia é o logar de actividade e de repouso do cirurgião de guerra. Florença é o balsamo ao seu arfar e ama essa terra amiga, constituindo castellos de fantasia, a principio, mas depois feliz realidade de sua vida.

Voltando á São Paulo, carregado de experiência cirúrgica e de medalhas, vae encontrar na terra do ouro o diamante florentino de sua grande felicidade.

Em 1922 entra em concurso para a cadeira de Gynecologia, demonstrando pelas provas o apreço em que é tido por seus collegas.

Em 1930 sujeita-se novamente a esse anachronico e desinteressante processo de selecção obtendo após episódios naturaes e constantes de tais provas, o logar de professor de Clínica Urologica.

A conquista do título não marca o termínio da jornada, como acontece tão frequentemente aos que conseguem após provas de memoria, sympathia ou influencia política a poltrona nas Faculdades medicas.

Cerca de trinta e tantos trabalhos constituem sua messe científica. Em todos vê-se que elle cultiva vaidosamente a noção indiscutível do cirurgião anatomico, não dessa morphologia que os cirurgiões ignorantes malabararam, mas da Anatomia normal e pathologica, dessa Anatomia dinamica, que é a própria Physiologia.

Dispenso-me de citar os todos, já mencionados no seu "curriculum vitae", para apenas lembrar a ultima

produção, sobre Cirurgia endoscopica da prostata, tão brilhantemente apreciada no Congresso Brasileiro de Urologia.

Luciano Gualberto guarda no seu dynamismo uma lembrança do tempo de cirurgião de guerra. E' visto sempre em todos os sectores, de manhan operando no Sanatorio Santa Catharina, depois no Ambulatorio de Urologia, á tarde estudando na Faculdade de Medicina, em seguida attendendo os clientes. E á noite frequenta as sociedades scientificas ou mergulha na biblioteca, onde em meio á confusão de livros pela mesa e pelo chão, ha a arte que a Italia deu ao mundo inteiro, e que naquelle sala de estudo contrasta com a desarrumação das revistas medicas.

Ahi tens meu amigo a tua apresentação. Podes dispor do abrigo que a Academia Nacional de Medicina oferece aos brasileiros e os irmãos de outros paizes.

Não é o recanto para os que procuram repouso após longas batalhas da vida, nem tão pouco refugio aos desiludidos.

E' a tribuna aos que nos trazem o relato de suas investigações, o produc-  
to de observação mediata, onde o calor dos aplausos deve ser igual á serenidade da critica.

E' o logar em que recebemos os nossos visitantes, no intercambio científico, que não fica dentro da estreiteza de limites convencionaes.

E' o techo scientifico do Brasil, unindo numa grande familia, pernambucanos e sulistas, bandeirantes e fluminenses, num sonho centenario de cultura medica".

O dr. Figueiredo Baena saudou tambem o novo academico, com as seguintes palavras :

"A Academia Nacional de Medicina vos recebe, hoje, em seu seio, certa do valor que representaes no campo da actividade scientifica e profissional, que escolhestes.

Dentro do protocolo estricto des-  
ta cerimonia não ha logar para dis-  
cursos; e, em obediencia ao Regi-  
mento, falam, nesta occasião, o aca-  
demico que vos dá as boas vindas e  
vos mesmo, em allocução de reci-  
piendario.

Atrevo-me, no entretanto, a infringir esse ritual, e do meu apagamento, aqui, neste extremo de bancada, imploro á Academia perdão para a falta que commetto, consciente : a excusa está no impeto que me soergue e me obriga a pronunciar algumas palavras — cheias de viva emocioção porque servem a um duplo sentimento ; o da amizade e o da responsabilidade.

Fala, primeiro, dentro de mim, a nossa velha amizade : velha, sim, sr. professor Gualberto, porque ambos já nos approximamos do meio centenario, e juntos temos vivido, na estima reciproca e no trabalho penoso, desde a nossa infancia cuja memoria evoco, neste instante, entre as flores e o ceu, admiraveis, do paraíso petropolitano.

Crescemos, e comosco cresceram as nossas responsabilidades : em nem um passo da nossa ardua luta de todos os dias, ha uma nuvem, uma reticencia, um hiato.

Sempre e cada vez mais sentimos aquelles laços fortes que unem sem esforço, porque prendem irmãos, naturalmente acorrentados por uma communitade de idéas e de ações, que a tudo resiste, porque, espontanea e sincera é a argamassa que as solda.

Se não temesse o auto-elogio de um paralelo — quasi diria, meu caro collega, que na mesma invariavel regra de conducta "vencer pelo esforço proprio, deixando falar quem fala, temos encontrado o estímulo para a luta, dentro de um scenario, rude e hostil".

Sr. professor Gualberto : de ho-  
mens de vossa tempora inquebrat-  
avel, e da vossa rigidez de caracter,  
muito carece a humanidade, para  
que se possa contemplar a si mes-  
ma, sem enrubecer e baixar os olhos.

Fala, depois, o sentimento da res-  
ponsabilidade, o dever de consciencia que nos ordena apresentar-vos, hoje, as homenagens da especialidade que professaes naquelle grande centro de cultura que é a Faculdade de Medicina de São Paulo, a cuja cathedra de Urologia attingistes, após memorável concurso, cujas peripecias — as peripecias dos concursos — são de hontem, mas ainda estão vivas na memoria dos que se interessam pelas

coisas do ensino superior em nosso paiz.

A Clinica Urologica da Faculdade de Medicina do Rio, que represento, se desvanece em vos apontar como aquelle elemento de cooperação honesta, esforçada, erudita, que tem sido e é, reconhecidamente, o vosso maior galardão profissional.

Aqui dentro, sem ser propheta posso predizer: o vosso trabalho será, sem duvida, o de um consagrado".

O dr. Luciano Gualberto proferiu, muito commovido, a oração de agracimento que se segue:

"Cumpre-me como preambulo agradecer aos exmos. srs. profs. Alfredo Monteiro e Figueiredo Beana os conceitos expendidos sobre a minha modesta pessoa.

As palavras do illustre professor nasceram da amizade que nos liga; tiveram como fonte unica a generosidade de seu grande coração.

Como através das lentes microscopicas — dos sentimentos affectivos, surjo aos vossos olhos, tão diferente daquillo que de facto sou: grande trabalhador, honesto e nada mais.

Toma forma definitiva, consolida-se neste momento, para mim, o ideal que todo medico que estuda pôde almejar na existencia.

Ingressando neste cenaculo, onde se sentam os maiores da sciencia medica de minha terra, no momento que vivemos, e fulguraram as figuras mais significativas na medicina do passado, duas sensações muito intensas se me apoderam do spirito.

A primeira, é aquella produzida pela satisfacção da conquista, a idéa da victoria, o sorriso de quem chegou ao extremo desejo.

A segunda é calcada no eterno horror da responsabilidade, ocupar o posto a que a vossa magnanimidade me elevou. Uma empallidecendo, mesmo se obumbrando, quasi que desaparecendo, para a existencia da outra, da outra que é mais forte.

Escuto nos angulos desta augusta sala, com o coração cheio das mais profundas saudades, como se viesse de um conglomerado de meias tintas, de um conjunto de coisas meio apagadas, porém, ainda muito humana, a voz de Eduardo Chapot Prevost,

de Pedro de Almeida Magalhães, de Paes Leme, de Miguel Pereira e ainda meio quente do sol da existencia, a voz de Miguel Couto, a voz de Carlos Chagas, mestres como poucos soem ser, amigos que marcaram a minha existencia um sulco profundo de tanta luz e bondade, estremecendo, vibrando, entre memorias que me são caras.

Aqui, sei que se sentam Aloysio de Castro, Antonio Austregesilo, Augusto Paulino, mestres que viveram tanto quanto eu, amigos da minha mocidade, e Figueiredo Baena, Moreira da Fonseca, Jorge de Gouveia, Alfredo Monteiro, Cumplido Sant'Anna, gente do meu tempo, gente do meu coração, e tantos outros, que na celebração do culto, da estima e da lembrança, com os olhos do carinho, acompanho, lá de longe, da minha Paulicéa.

Hoje, venho tambem sentar-me ao vosso lado, assim o quizestes; beber das vossas luzes, neste templo de maxima sciencia, e o faço rejubilante, pois o meu passado, dá-me credenciaes de o fazer e tenho a certeza, que no futuro, não desmerecerei no credo que me destes.

Invoco, neste momento inesquecivel para mim, a gloria de São Paulo, onde edifiquei, por minhas proprias mãos, o nada que tenho sido e o nada que serei.

A terra das monções, a terra das bandeiras, dos grandes caçadores de esmeraldas, na conquista das quaes, a vida em jogo, levavam consigo os estremecimentos da civilisação ao seio virgem desse fantastica terra, seio quente e sadio, de onde partiram para as fronteiras os homens das Emboabas.

Ninho das lutas de Independencia, onde o grito partiu da collina do Ipiranga, que hoje tem o grande altar da patria, talhado no bronze por Ximenes, ecoando, de serra em serra, de planicie em planicie, nos quatro cantos do Brasil: "Independencia ou morte".

Berço que acalentou Luiz Gama, nas lutas da abolição.

Retorta incandescente que fundiu, que gerou, que fez corporea a data de 89.

Quem passou pela nossa Faculdade de Direito, que o progresso ha pou-

co demoliu, viu tres placas de bronze, na sua velha fachada, onde tres nomes fulgiam : Castro Alves, Fagundes Varella e Alvares de Azevedo e, fóra dominando o largo de São Francisco, como um grande exemplo, a estatua de José Bonifacio. Foram elles os symbolos reaes da mentalidade dominadora do passado daquella Escola, brilhante mentalidade que se apurou através dos tempos que fulgiram, com projecções exactas no presente.

Casa de tradições a cada passo, onde vibrou eloquente a voz dos mestres do Direito.

São Paulo, centro do systema da Campanha Civilista, templo de incansamento das glórias de Ruy Barbosa.

São Paulo de 32, do movimento cívico mais empolgante do Brasil, senão da America, onde todos os homens, quer validos ou não ; em massa, todas as mulheres ; em canticos todas as crianças se levantaram reclamando, a mocidade á frente, a mocidade que não falha nunca, para a nossa patria a lei como base de todos os principios.

Que empolgante, que maravilhosa vibração popular.

Para que ?

Para que, depois da Independencia, depois da Abolição, ao lado da sacro-santa imagem da Republica, ficasse de pé, imperterrita e solenne a majestade da Lei.

São Paulo do progresso, da industria e do commercio, onde as chaminés atiram para o ceu nas columnas immensas de fumação, a idéa da paz e do bem estar, a traducção da luta e do trabalho.

Dentro da grandeza de São Paulo, invoco neste momento, como égide protectora, a memoria de um grande mestre paulista, o maior entre todos, cujo nome para nós é um symbolo perfeito — refiro-me a Arnaldo Vieira de Carvalho, jovial e risonho, mas convencido dos seus valimentos, foi o cirurgião de elegancia escrupulosa que encheu de admiração os que viveram da convivencia do mestre, os que atraídos pelo seu renome, iam como os peregrinos da Fé, desaltear-se á fonte de seu grande saber e do seu modo pessoal de ser,

pois foi elle o grande mestre de si mesmo.

Criador e organisador excepcional, formou a face da sciencia no triangulo intellectual mais brilhante da vida de São Paulo, ao lado de Julio Mesquita, o pensamento no jornalismo, e Ramos de Azevedo, a architecatura no Bello.

De todas as suas criações, a de maior destaque, a de maior grandezza, aquella a quem o mestre dedicou o melhor do seu espírito e o maior de seus esforços, com a certeza exacta da victoria, foi a nossa Faculdade.

Só mesmo o prestigio de um Arnaldo de Carvalho, vontade bronzea, directriz precisa, poderia fazer o que foi feito.

Desde o mais fundo dos alicerces até aos torrões imponentes da criação que ideara, vê-se esculpida e palpitante, em exuberancias de vida tropical, a sua alma de grande sonhador de realidades.

Surgindo a nossa Faculdade, não fomos nós que o dissemos e sim Fernando Magalhães, surgiu com ella o maior centro de pesquisas do Brasil.

No silencio dos seus laboratorios, encontramos, numa labuta continua, especie de colmeia que se agita, rebuscando, criando, no terreno da Anatoma — Bovero e Locchi ; no da Embryologia, Carmo Lordy e seus discípulos ; no da Anatoma Pathologica, Cunha Motta, Moacyr Amorim, Constantino, Mignoni ; no da Medicina Legal, — Flaminio Favero, no da Immunologia, Souza Campos.

Foi alli, ao lado de Bovero, de Cunha Motta e de Lordy que aprendi, que comecei a estudar.

Na formação da sciencia brasileira ocupa lugar de destaque a figura de Arnaldo de Carvalho e toda e qualquer homenagem que se possa fazer á Medicina Paulista, ella irá reflectir-se, com direito e justiça, na memoria do Mestre, a quem São Paulo deve aquillo que nós somos.

Senhores academicos.

Neste modesto discurso, expressão eloquente de todo o meu agradecimento, desejei que duas coisas exaltadas ficassem : o brilho de vós todos constituindo a majestade da Academ-

mia Nacional de Medicina e na grandeza de São Paulo a exaltação de um mestre extraordinário, inesquecível, que teve a glória de criar, dar

corpo e vida à Faculdade de Medicina de São Paulo e, entre elas, sem brilho, sem relevo, a pessoa que vos fala".

## Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo

**Eleição da nova directoria.** — No dia 8 de novembro ultimo, em assemblea geral ordinaria reuniu-se a Sociedade de Medicina Legal e Criminologia de S. Paulo afim de proceder à eleição da directoria que regerá os destinos da Sociedade durante o novo anno social. O resultado desta eleição foi o seguinte :

Presidente, dr. Aleantara Machado ; vice-presidente, dr. Alvaro do Couto Britto ; secretario geral, dr. Boaventura Nogueira da Silva ; 2.º secretario, dr. Oscar Ribeiro Godoy ; thesoureiro, dr. Manoel Pereira ;

comissões, redacção, dr. Vicente Azevedo e d. Eliza Novah ; patrimônio, drs. Paulo Americo Passalacqua e Joaquim Mamede da Silva e Manuel Ferraz ; medicina legal, drs. Arnaldo Ferreira e Augusto Marcondes ; criminologia ; dr. Cesar Salgado e Flavio Dias ; Policia-technica, dr. Moyses Marx ; infortunistica : drs. Romeo Petrochi e Renato Bonfim ; toxicologia drs. Edmundo Cipriati e Iolando Mirra ; anatomia-pathologica, drs. Hilario Carvalho e Ernestino Motta ; psycho-pathologia, drs. James Ferraz Alvim e Durval Marcondes.

## Instituto Butantan

**Novos assistentes.** — Acabam de chegar a esta capital, contratados pelo Instituto Butantan para exercerem os cargos, respectivamente, de assistente e assistente-auxiliar da Secção de Chimica Experimental e Pharmacobiologia, os drs. Karl H. Slotta e Gerhard Szyszka.

O dr. Slotta é doutor em Philosophia e Chimica pela Universidade de Breslau, onde se especializou e ganhou reputação, hoje reconhecida em todo o mundo, principalmente por seus trabalhos originaes sobre a chimica dos hormônios sexuais. Naquela Universidade exerceu os cargos de Assistente do Instituto de Chimica e

auxiliar do prof. Biltz. Ultimamente exerceu as funções de docente e de chefe do serviço de pesquisas sobre chimica orgânica na Universidade de Breslau, onde já vinha formando escola, dirigindo investigações e feitura de these de doutorandos em chimica.

O dr. Szyszka, que durante algum tempo foi auxiliar do prof. Slotta, é tambem Doutor em Philosophia e Chimica pela Universidade de Breslau, onde estudou com os profs. Biltz, Meyer, Herz e Arndt. Ultimamente exerceu o cargo de assistente do Instituto de Chimica da Universidade de Berlim, trabalhando com o prof. S. Straus.

## Estudos Cirúrgicos

1.ª série - 1 vol. fartamente ilustrado  
PREÇO 15\$000 - PEDIDOS AO AUTOR:  
Dr. Eurico Branco Ribeiro  
CAIXA 1574. SÃO PAULO

## Centro Medico do Braz

**Eleição da directoria.** — No mês de novembro ultimo, em assemblea geral ordinaria, realizou-se a eleição da nova directoria, que ficou assim constituída :

Presidente, dr. Heitor Murano (re-eleito); vice-presidente, dr. M. Paiva Ramos (re-eleito); 1.º secretario,

dr. Angelo Candia (reeleito); 2.º secretario, dr. José de Oliveira Campos; 1.º thesoureiro e director social, dr. Ismael Bresser (reeleito); 2.º thesoureiro, dr. Carlos de Menezes; bibliothecario, dr. B. Borges Vieira; oradores: drs. Nathanael Veloso e Edmundo Scala (reeleitos).

## Liga Paulista contra Tuberculose

**Inauguração do serviço de vacinação pelo B.C.G.** — Com a presença do sr. dr. Borges Vieira, director do Serviço Sanitario, de directores da Liga Paulista de Tuberculose, clinicos e regular numero de pessoas, a Liga Paulista contra a Tuberculose procedeu a 30 de outubro pp. à inauguração da sua "Secção do B.C.G.", instalada com todo o apparelamento necessário no predio do "Ambulatório de Assistencia e Prophylaxia Infantis", sito á rua Cesario Motta n. 15, nesta capital.

A referida "Secção B.C.G.", que se acha sob a direcção technica do sr. dr. Eduardo Vaz, destina-se ao preparo da baccina Calmette-Guerin e sua applicação nas crianças inscritas no ambulatório e cujos exames prévios demonstrarem a ausencia de qualquer infecção bacillifera.

A "Secção Calmette", como vae denominar-se, está fadada, pois, á representar um papel relevante no combate á tuberculose em nosso Estado, sendo a unica, depois do Instituto Butantan, que prepara a propria vaccina para applicação. Acha-se perfeitamente apparelhada para esse fim, possuindo, além dos apparelhos necessarios — estufa, agitador, geladeira, autoclave, etc. — um "biotério", onde são criadas as co-baias que servem nas experiencias necessarias.

Com a inauguração dessa Secção, foi ainda inaugurado, numa das salas, um retrato do prof. Albert Calmette, o saudoso sabio francez descobridor da vaccina.

Iniciou a inauguração o sr. dr. Eduardo Vaz, criador e orientador da "Secção Calmette", que pronunciou um discurso allusivo ao acto.

"Fundar uma organisação B. C. G. — começou dizendo o orador — significa a maior homenagem que se pôde prestar á memoria de Calmette. E' uma homenagem de onde emanam beneficios. Se raciocinarmos que a criança vacinada se torna resistente ás invasões do bacillo virulento, se imaginarmos todas as crianças vacinadas, a conclusão é que num dia ideal o bacillo tuberculoso virulento não teria guarda por falta de organismos receptivos".

Historiou a seguir, o orador, as tentativas que se realizaram em S. Paulo, para a vulgarisação dessa vacina. E, depois de se referir ao exito do trabalho nesse sentido já realizado no Rio, assim conclue o seu discurso :

"A nossa tarefa é ardua, teremos opositores. A nossa arma será o entusiasmo, o nosso escudo o milhão e meio de crianças vacinadas no mundo, o nosso estímulo a sublimidade da causa, os nossos esteios mais próximos — a realização de Arlindo de Assis, o amparo de Clemente Ferreira. Assim, nos incorporamos á bandeira desse Calmette, cuja vida foi consagrada ao engrandecimento da ciencia e ao bem da humanidade".

A seguir, discursou o sr. dr. Clemente Ferreira, presidente da Liga Paulista contra a Tuberculose, que começa pondo em relevo o valor da organização que ora se inaugura, des-

tacando o papel relevante que, por certo, desempenhará no combate á cruel doença em nosso Estado. Passa, em seguida, a historiar a vida do prof. Calmette, o genial descobridor da valiosa vacina, que tantas celeumas provocou, tanta argumentos contraditórios fez partit de uma legião de adversarios, conseguindo por fim sahir vitoriosa, conquistando amplo, progressivo terreno, adquirindo fortes e numerosas convicções, impondo-se em sua eloquente e indiscutivel evidencia. Passa a analizar o que se tem feito em nosso paiz e nos paizes estrangeiros, destacando o elogiavel trabalho desenvolvido pelo dr. Arlindo de Assis, no Rio de Janeiro, devendo-se a esse incansavel batalhador, operoso, devotado e competente investigador e experimentador, a introdução do B. C. G. no Brasil. Refere-se ao que tem sido feito em São Paulo, por intermedio do Dispensario "Clemente Ferreira", onde se acha installada a Inspectoria de Pro-

phylaxia da Tuberculose, que cuidou desse servigo em nosso Estado.

Por ultimo, referindo-se á valiosa organização que a Liga Paulista contra a Tuberculose se propõe desenvolver, expressando a sua confiança e esperança no bom exito de mais esse empreendimento, o sr. dr. Clemente Ferreira diz necessitar de auxilio decidido e efficiente não só por parte dos poderes publicos como tambem da populacão paulista, confiando em que não lhe faltarão collabracão e auxilio necessarios ao bom termo dessa missão.

Fala a seguir o sr. dr. F. Borges Vieira, director do Serviço Sanitario, que se congratula com o sr. dr. Clemente Ferreira e os demais directores da Liga Paulista contra a Tuberculose com realização de mais esse objectivo, de grande relevancia para o combate anti-tuberculoso, apresentando as suas felicitacões e o seu inteiro apoio para o feliz exito dessa iniciativa.

## FERROZYMA

Como tratamento complementar da *anemia secundaria* ao paludismo e ás verminoses o **LABORATORIO GROSS** prepara FERROZYMA, o mais moderno e o mais completo medicamento antianemico, composto de ferro organico, cobre catalysador, arsenico e phosphato bicalcico, destinado a ser usado depois do tratamento pelos seus productos ZULQUINA e DIVERMIL.

**GLYCOSORO**

O melhor coptra a fraqueza organica, sobretudo quando houver retenção chloreata  
Uma injeccão diaria ou em dias alternados

SÔRO GLYCOSADO  
PHOSPHO-ARSENIAIDO

COM OU SEM  
ESTRYCHNINA

Laboratorio  
Gross  
Rio de Janeiro

## MOLESTIAS MENTAES

# SANATORIO BELLA VISTA

Av. Brigadeiro Luiz Antonio, 1013 — Tel. 7-2394

Director:

**Dr. Brasílio Marcondes Machado**

Consult. : Rua S. Bento, 7 — Tel. 2-2224

S. PAULO

*Prezado collega:*

*Molestias mentaes! Quem dirá que pode comprehendê-las em toda a sua complexidade!*

*A collocação deste reclame em uma Revista Médica, antes se dirige a médicos que a leigos. E' a médicos que me dirijo.*

*Em busca de conhecimentos que me pudessem elucidar sobre males mentaes, tive de transpor este mundo e ir ao outro; tive de prescrutar o além tumulo:*

*Consegui-o? De facto o consegui. Como lá fui ter.... o espaço é pouco para dizer-l-o, e que muito fosse não o diria; os livros de grandes pensadores e pesquisadores probos e intelligentes estão à venda. Compre-os e leia-os com o cérebro, deixando à medulla suas funções inferiores.*

*— Para dizer aos médicos que fazer Psichiatria sem o conhecimento do complexo humano, que, na sua maior simplicidade se desdobra em corpo phisico (o inconsciente), corpo astral (alma ou subconsciente), e espírito (a intelligencia), é fazê-l-a de maneira incompleta, em parte, é fazê-l-a para os casos em que somente o primeiro elemento do complexo (o corpo phisico) actue como causa efficiente. E as perturbações mentaes na sua generalidade estão longe, mas muito longe de serem simplesmente devidas a causas perturbadoras da nossa organização animal.*

*Da Psichiatria official ou materialista guardo a grata recordação de me haver tornado espiritualista!*

*Meu collega, quando estiver deante de um caso de loucura para o qual a sciencia só possa dar um nome, sempre elegante, sem recursos therapeuticos para tratar-l-o, aconselho a nol-o enviar.*

*O director.*

A Grande Marca dos Antisepticos  
Urinarios e Biliares

# URASEPTINE ROGIER

Dissolve e Expulsa o Acido Urico

EMPREGADA COM SUCESSO  
nos Hospitais e Dispensários da Cidade de Paris,  
da França, do Mundo inteiro

Amostras e Literatura com os ass.  
**JULIEN & ROUSSEAU**  
Agenor parcer para todo o Brasil  
174, R. Gen. Camara — Caixa Postal, 184  
RIO DE JANEIRO

**HENRY ROGIER**

*Antigo interno dos Hospitais de Paris ou Membro da  
Sociedade de Química da França*

**56, BOULEVARD PEREIRE, PARIS**

